

◎健康保険（治療等）で実施した場合は助成対象外となります。

※組合使用欄	常務理事	事務局長	部長	課長	係長	担当者
交付決定金額	¥	特 ¥		般 ¥		



(名)

(様式第1号)

申請日：令和 年 月 日

東京都医業健康保険組合理事長 殿

事業所記号(4桁)	
-----------	--

〒 (-)

[実施者区分]

所在地

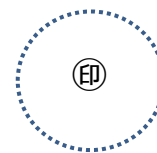
本人	家族
----	----

事業所名

事業主名

ご担当者名

ご連絡先



↑該当する方に○をつけてください。

※本人・家族はまとめて申請できません。

令和7年度 健康診断補助金交付申請書 (事業所用)

健康診断を下記のとおり実施しましたので、補助金の交付を申請します。

実施年月	令和 年 月分	実施者数	人
------	---------	------	---

別添報告書のとおり健康診断を実施したことを証明いたします。 令和 年 月 日

所在地

実施医療機関名

代表者名

※実施医療機関名は、病院名・クリニック名までご記入ください。

ご担当者名：

ご連絡先：



費用 振込銀行	金融機関	銀行 金庫 信組 農協		本店(所) 支店(所)		預金別 種別	普通・当座
		銀行コード		店番			
	フリガナ					口座番 番号	
	口座名義						

(口座名義は金融機関への届け出のとおりに入力してください。)

※補助金の申請は年度につき1人1回、被保険者及び今年度18歳以上の被扶養者の方が対象です。

※実施した月の翌月末までに事業所ごとでとりまとめて提出してください。

令和7年度実施分の最終提出期限は、令和8年4月6日組合必着です。

～締め切り後の申請はできませんので、ご注意ください～

【提出先】〒160-0012 東京都新宿区南元町4番地 東京都医業健康保険組合・健康推進課

※押印漏れ、記入漏れがないかご確認ください。

補助金明細表

事業所記号(4桁)	
-----------	--

※ 検査ごとに、検査費用が補助金限度額を上回った場合は自己負担が発生し、下回った場合は実際に生じた費用のみをお支払いします。

必須項目	補助金限度額	実施者数	金額
1 身体測定	7,300円	人	円
2 血圧測定			
3 生化学検査			
4 血糖検査			
5 尿検査			

※選択項目のみの助成はできません。必須項目を実施した同一医療機関で同一日に実施してください。

※必須項目の未受診に関しては、必ず個人別結果報告書にその理由を記載してください。

選択項目	補助金限度額	実施者数	金額	組合記入欄
6 血液学的検査	250円	人	円	
7 心電図	1,450円	人	円	
8 眼底検査	1,220円	人	円	
9 血清クレアチニン	120円	人	円	
10 HBs抗原	320円	人	円	
11 HBs抗体	350円	人	円	
12 HCV抗体価精密	1,300円	人	円	
13 胸部X-P	1,800円	人	円	
14 尿酸	120円	人	円	
15 腹部エコー	5,800円	人	円	
16 糞便検査	970円	人	円	

必須項目と選択項目の合計金額	円
----------------	---

～補助金申請に必要なもの～

①健康診断補助金交付申請書

②補助金明細表

③個人別健康診断結果報告書

④健康診断質問票

それぞれ保険証番号順に並べ別の束にしてください。
組合より取得したもの（WEB取得でないもの）については表裏になっておりますので保険証番号順に並べてください。

⑤領収書の写し ※事業所が実施医療機関へ、全額支払いをした場合は、添付してください。

※また、個人口座へ振込を希望される場合も、添付が必須です。

※組合より配布したものについては、①と②、③と④は表裏一体となっております。

個人別健康診断結果報告書

被保険者証の 記号・番号	-	フリガナ	事業所名					
		氏名						
健診日	令和 年 月 日	生年月日	昭 平	年 月 日	年齢	歳	性別	男・女

◆必須項目（特定健診）

検査項目		検査結果	判定	
身体計測	身長	cm		
	体重	kg		
	BMI			
	腹囲	cm		
	※妊娠中の場合は、その旨をご記入ください。			
	身体診察 及び 他覚症状			
血圧	収縮期	mmHg		
	拡張期	mmHg		
生化学	HDL-Cho	mg/dℓ		
	LDL-Cho	mg/dℓ		
	※1 Non-HDL	mg/dℓ		
	中性脂肪	空腹時	mg/dℓ	
		♣随時中性脂肪の場合は、右下部へ。		
	AST(GOT)	IU/ℓ		
	ALT(GPT)	IU/ℓ		
γ-GT(γ-GTP)	IU/ℓ			
血糖 ※2	空腹時血糖	mg/dℓ		
	HbA1c(NGSP)	%		
	※3 随時血糖	mg/dℓ		
尿	尿糖	- ± + 2+ 3+		
	尿蛋白	- ± + 2+ 3+		
※尿検査未実施の場合は、その理由に○をつけてください。		→	生理中・透析中	

◆選択項目

検査項目		検査結果	判定
血液	白血球	×10 ² /μℓ	
	赤血球	×10 ⁴ /μℓ	
	血色素量	g/dℓ	
	ヘマトクリット	%	
心電図	所見： なし ・ あり []		
眼底精密	所見： なし ・ あり []		
血清クレアチニン	mg/dℓ		
eGFR	ml/分/1.73m ²		
免疫	HBs抗原	- ± + ()	
	HBs抗体	- ± + ()	
	HCV抗体価精密	- ± +	
胸部X線	所見： なし ・ あり []		
尿酸値	mg/dℓ		
腹部超音波	所見： なし ・ あり []		
便潜血	- ± +		

※1 中性脂肪が400mg/dℓ以上又は食後採血の場合、LDL-Choに代えてNon-HDLでも可とする。

※2 いずれか1項目でも可とする。

※3 やむを得ず空腹時以外に採血を行い、HbA1c(NGSP値)を測定しない場合は、食直後(食事開始時から3.5時間未満)を除き、随時血糖で行うことを可とする。その場合の採血時間は食後3.5~10時間未満とみなす。

※実施した検査結果が「所見あり」の場合、詳細をご記入ください。

※判定欄の記入は任意です。

判定分類・基準等は、各医療機関のもので結構です。

※採血時間をどちらか必ず☑してください。	3.5時間未満	3.5~10時間
♣随時中性脂肪	mg/dℓ	

◆必須項目（特定健診）についての医師の判断

1. 異常なし 2. 軽度異常 3. 要再検査・生活改善 4. 要精密検査・治療 5. 治療中

コメント

実施医療機関名

医師名

健康診断質問票

※結果報告書と質問票を両面印刷でご使用の場合、質問票の記号・番号、氏名等のご記入は不要です。

被保険者証の 記号・番号	-	フリガナ	事業所名					
		氏名						
健診日	令和 年 月 日	生年月日	昭 平	年 月 日	年齢	歳	性別	男・女

[既往歴] () [自覚症状] ()

※必ず、すべての質問にご回答ください。(特定保健指導の対象者選別の際、必要となります。)

1	現在、「血圧を下げる薬」を使用していますか。	1. はい 2. いいえ
2	現在、「血糖を下げる薬」又は「インスリン注射」を使用していますか。	1. はい 2. いいえ
3	現在、「コレステロールや中性脂肪を下げる薬」を使用していますか。	1. はい 2. いいえ
4	医師から、脳卒中(脳出血、脳梗塞等)にかかっていると言われたり、治療を受けたことがありますか。	1. はい 2. いいえ
5	医師から、心臓病(狭心症、心筋梗塞等)にかかっていると言われたり、治療を受けたことがありますか。	1. はい 2. いいえ
6	医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっていると言われたり、治療(人工透析等)を受けていますか。	1. はい 2. いいえ
7	医師から、貧血と言われたことがありますか。	1. はい 2. いいえ
8	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 ※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件1と条件2を両方満たす者。 【条件1】 最近1ヶ月間吸っている。 【条件2】 生涯で6ヶ月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている。	1. はい(条件1と条件2を両方満たす) 2. 以前は吸っていたが、最近1ヶ月間(は吸っていない(条件2のみ満たす)) 3. いいえ(1、2以外)
9	20歳の時の体重から10kg以上増加している。	1. はい 2. いいえ
10	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2回以上、1年以上実施している。	1. はい 2. いいえ
11	日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施している。	1. はい 2. いいえ
12	ほぼ、同年齢の同性と比較して歩く速度が速い。	1. はい 2. いいえ
13	食事を噛んで食べるときの状態はどれにあてはまりますか。	1. 何でも噛んで食べることができる 2. 歯や歯茎、噛み合わせ等気になる部分があり、噛みにくいことがある 3. ほとんど噛めない
14	他の人と比較して食べる速度が速い。	1. 速い 3. 遅い 2. ふつう
15	就寝前の2時間以内に夕食を摂取することが週に3回以上ある。	1. はい 2. いいえ
16	朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか。	1. 毎日 3. ほとんど 2. 時々 摂取しない
17	朝食を抜くことが週に3回以上ある。	1. はい 2. いいえ
18	お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒等)を飲む頻度はどのくらいですか。 ※「やめた」とは、過去に月1回以上の習慣的な飲酒歴があった者のうち、最近1年以上、酒類を摂取していない者	1. 毎日 5. 月に1~3日 2. 週5~6日 6. 月に1日未満 3. 週3~4日 7. やめた 4. 週1~2日 8. 飲まない(飲めない)
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量 ※日本酒1合(アルコール度数 15度 180ml)の目安 ビール(同5度 500ml)、焼酎(同25度 約110ml)、ワイン(同14度 約180ml) ウイスキー(同43度 60ml)、缶チューハイ(同5度 約500ml、同7度 約350ml)	1. 1合未満 3. 2~3合未満 2. 1~2合未満 5. 5合以上 4. 3~5合未満
20	睡眠で休養が十分取れている。	1. はい 2. いいえ
21	運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いませんか。 ※「2.改善するつもりである」・・・概ね6ヶ月以内 ※「3.近いうちに改善するつもりであり、少しずつ始めている」・・・概ね1ヶ月以内	1. 改善するつもりはない 2. 改善するつもりである 3. 近いうちに改善するつもりであり、少しずつ始めている 4. 既に改善に取り組んでいる(6ヶ月未満) 5. 既に改善に取り組んでいる(6ヶ月以上)
22	生活習慣の改善について、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか。	1. はい 2. いいえ