

健保使用欄	算出基礎	円	補助額	53,600円
健保使用欄	算出基礎	円	補助額	57,200円

三井物産
(株)

ご自身の記号番号は①～③
のいずれかでご確認ください。

- ①マイナポータル
- ②資格情報のお知らせ
- ③資格確認書(健康保険証)

令和 ○ 年 △ 月 □ 日提出

人間ドック 補給金申請書

この申請書に提出した個人情報は、当健康保険組合のプライバシーポリシーに従い、健康保険業務以外には使用いたしません

被保険者等	記号	3	1	1	/	/	被保険者氏名	健保 太郎						
	番号	1	2	3	4	5	電話番号 <small>*日中連絡可能な番号を記入</small>	090	-	1234	-	5678		
事業所名(出向元会社名) <small>※任継の方は「任意継続」と記入</small>		〇〇〇〇株式会社												
下記の通り、人間ドックを受診したので補給金の支給を申請します。なお、補給金の受領を上記事業所に委任します。 (任意継続被保険者の場合は、任意継続申込の際に健康保険組合へ届け出た金融機関に直接振り込まれます。)														
フリガナ	ケンポ ハナコ					男	続柄	生年月日						
受診者氏名	健保 花子					女	本人	昭和	△	年	□	月	○	日
							家族	平成						50 歳
受診日	受診した乳がん検査項目全てに○をつけてください。 申告がない場合、両方受診していても補助額は増額されません。					□	年	○	月	△	日			
健診機関名	△△△△病院													
乳がん検査	乳がん検査受診項目 ※該当するものに○をつけてください。 マンモグラフィ 乳房超音波 受診なし													

次頁の「質問票」に必ず全て回答してください。

法令で義務づけられていますので、回答や提出がない場合、補給金支給はできません。

☆届出上の注意 ～詳細は必ず「健康保険組合ホームページ」で確認してください～

- この申請書は、契約外健診機関での補給金支給の対象となる人間ドックを受け、補給金の申請をする際に使用するものです。
- 受診日より3ヶ月以内に本申請書に領収証(受診者本人名義、「人間ドック」を受診したことがわかる記載のあるもの、コピー不可)、結果票を必ず添付の上、申請を行ってください。
- 補給金支給の対象は、その健診機関にて「人間ドック」を受診した場合に限ります。
- 原則として、実費(実費が健康保険組合の定めた健診費用を超える場合は組合負担限度額)が補給金として支給されます。
- この申請書と次頁の質問票は、各事業所担当者を經由し(三井物産にお勤めの方および任意継続被保険者は直接)健康保険組合へ提出してください。
補給金は事業所経由で(任意継続被保険者は申込時に届け出た金融機関へ)振り込まれます。
- 健保資格喪失後に補給金の申請をされる方は、振込口座を健康保険組合へご連絡ください。
- マンモグラフィ・乳房超音波検査の両方を受診し、本申請書にてその旨の申告があった場合に限り、組合負担限度額が57,200円になります。該当する場合は乳がん検査欄に必ずご記入ください。

(R6.11)

質問票

記号	311	番号	12345
受診者氏名	健保 花子		

- 1、回答欄の当てはまる番号に○をつけてください。
- 2、質問項目には**全て回答**してください。
- 3、この質問票は、人間ドック補給金申請書とともに、健康保険組合へ提出してください。

**必ず全ての質問に
答えてください。**

質問項目		回答			
現在、以下A～Cの薬を服用していますか					
1	A. 血圧を下げる薬	①	はい	②	いいえ
2	B. インスリン注射または血糖を下げる薬	①	はい	②	いいえ
3	C. コレステロールを下げる薬	①	はい	②	いいえ
4	医師から、脳卒中(脳出血、脳梗塞等)にかかっているとされたり、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)にかかっているとされたり、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、慢性腎臓病や慢性腎不全にかかっているとされたり、治療(人工透析など)を受けていますか	①	はい	②	いいえ
7	医師から、貧血とい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を両方満たす者である 条件1:最近1か月間吸っている 条件2:生涯で6か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か月間は吸っていない(条件2のみ満たす)		
		③	いいえ(①②以外)		
9	20歳の時の体重から10kg以上増加していますか	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日以上、1年以上実施していますか	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ますか	①	はい	②	いいえ
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速いですか	①	はい	②	いいえ
13	食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか	①	何でもかんで食べることができる		
		②	歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある		
		③	ほとんどかめない		
14	人と比較して食べる速度が速いですか	①	速い	②	ふつう
		③	遅い		
15	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ありますか	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	②	時々
		③	ほとんど摂取しない		
17	朝食を抜くことが週に3回以上ありますか	①	はい	②	いいえ
18	お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)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	②	週5～6回
		③	週3～4回	④	週1～2回
		⑤	月に1～3回	⑥	月に1日未満
		⑦	やめた	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	②	1～2合未満
		③	2～3合未満	④	3～5合未満
		⑤	5合以上		
20	睡眠で休養が十分とれていますか	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	①	改善するつもりはない		
		②	改善するつもりである(概ね6か月以内)		
		③	近いうちに(概ね1か月以内)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か月未満)		
		⑤	既に改善に取り組んでいる(6か月以上)		
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
現在、身体及び精神的状態について、自覚している症状があればご記入ください。		頭痛			
前回実施した人間ドック・健康診断以降の既往歴があればご記入ください。		特になし			

【申請前チェックシート】(人間ドック 補給金申請用)

健保組合提出不要

申請前に提出書類が揃っているか、書類の未記入等がないか再度確認してください。

※書類の記入もれや不備がある場合は、手続きを進めることができません。

(チェックシートは提出不要です。申請前の確認にご利用ください。)

NO	チェック欄	提出書類	チェック項目
1	<input type="checkbox"/>	『人間ドック 補給金申請書』	受診日から3カ月以内の申請ですか？
2	<input type="checkbox"/>		年度内1回目の受診ですか？
3	<input type="checkbox"/>		
4	<input type="checkbox"/>	『質問票』	
5	<input type="checkbox"/>	『領収証』 (原本)	
6	<input type="checkbox"/>		
7	<input type="checkbox"/>		
8	<input type="checkbox"/>	『結果票』 (コピー可)	すべてのページ(実施した検査の詳細や数値、総合判定、 医師名等)がありますか？

**チェックシートは提出不要です。
申請前の確認にご利用ください。**