巡回事業所健診補助金支給決定決議書

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 経　　　伺 | 課長 | 係長 | | 係員 | 決議年月日 | |
|  |  | |  |  | |
| 支　給　額 | | ￥ | | |  |
| 振込年月日 | | | 令和　　　年　　　月　　　日 | | | |

**巡回事業所健診補助金支給申請書**

　契約健診機関で受診することができませんでしたので、巡回事業所健診の補助金の申請をいたします。

　なお、補助金は、下記口座に振り込んでください。

|  |  |
| --- | --- |
| （フリガナ）  口座名義人氏名 |  |
|  |
| 金融機関名  口座の種類 | 銀行・信用金庫　　　　　　　　支店  　普通・当座　　　　（口座番号　　　　　　　　　） |

令和　　年　　月　　日

愛鉄連健康保険組合理事長　殿

　　　　　　　　　　　　　事業所所在地

記号

　　　　　　　　　　　　　　〃　名　称

　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

　　　　　　　　　　　　　電話番号　（　　　　）　　　―

【　**重要な注意事項**　】

　医療保険制度の改正により平成20年4月から40歳～74歳の被保険者・被扶養者について、特定健診の実施が医療保険者の義務となりました。特定健診は指定された基本的な健診項目をすべて実施しなければなりませんが、当健保組合の巡回事業所健診を受診すれば、すべて含んでいるため特定健診を実施したことになります。

　県外や契約健診機関以外で受診される場合は、補助金の対象として必ず基本項目の実施が必要です。また、特定保健指導の階層化のため、標準的な質問票（問診）の提出が必要ですのでご注意ください。（40歳未満の方も必要です）以上のとおり、特定健診の内容を満たしていないと補助金の対象となりませんので、申請書を提出される前に再度確認をお願いいたします。特定健診の内容及び質問票は**裏面を参照**してください。

　この申請に際し、添付していただく健診結果表につきましては、受診者から当組合への提出に関し、同意を得たものとさせていただきます。

健診結果は、当組合の統計資料等の疾病予防事業に活用させていただきますので、ご了承ください。**プライバシーの保護には万全を期し、目的以外の使用はいたしません。**

　　（巡回様式　１２　表面）

**【補助期間】**

**毎年4月1日から翌年3月15日までの受診で年度末3月末日までに申請のあったものとします。**

巡回事業所健診 受診者名簿

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受診年月日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |  |
| 支店または営業所名 |  |
| 〃所在地 | 〒　　　－ |
| 〃電話番号 | （　　　　）　　　－ |
| 健診機関名 |  |
| 〃所在地 | 〒　　　－ |
| 〃電話番号 | （　　　　）　　　－ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 番　　号 | 氏 名 | 番　　号 | 氏 名 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

※　健診料の領収書（原本）、請求明細書、健診結果表（コピー可）、標準的な質問票（問診）を添付してください。

　　健診結果表（健診データ）については、ＣＳＶ形式又は厚労省指定のＸＭＬ形式で提出できる場合は、ＦＤ又はＣＤでご提出ください。

※　再検査については、一次健診と同一の健診機関で検査を受けた場合のみ支給。

※　事業所が２か所以上あるときは、この表をコピーして使用してください。

（事業所→健保）



＝ 標準的な質問票（問診）＝

※回答欄の該当箇所に○を付してください。記号　　　　番号　　　　氏名

（巡回様式　１２　裏面）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 質　問　項　目 | | | | 回　答 |
| 1－3 | | 現在、a.からc.の薬の使用の有無（医師の判断、治療のもとで服薬中のもの） | | ①はい　②いいえ |
|  | 1 | a.血圧を下げる薬 | | ①はい　②いいえ |
| 2 | b. 血糖を下げる薬またはインスリン注射 | | ①はい　②いいえ |
| 3 | c.コレステロールや中性脂肪を下げる薬 | | ①はい　②いいえ |
| 4 | | 医師から、脳卒中（脳出血、脳梗塞等）にかかっているといわれたり、治療を受けたことがある。 | | ①はい　②いいえ |
| 5 | | 医師から、心臓病（狭心症、心筋梗塞等）にかかっているといわれたり、治療を受けたことがある。 | | ①はい　②いいえ |
| 6 | | 医師から、慢性の腎不全にかかっているといわれたり、治療（人工透析）を受けたことがある。 | | ①はい　②いいえ |
| 7 | | 医師から貧血といわれたことがある。 | | ①はい　②いいえ |
| 8 | | 現在、たばこを習慣的に吸っている。  （※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、「合計１００本以上、または６ヵ月以上吸っている者」であり、最近１ヵ月間も吸っている者） | | ①はい　②いいえ |
| 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日以上、１年以上実施。 | | ①はい　②いいえ |
| 11 | | 日常生活において歩行または同等の身体活動を１日１時間以上実施。 | | 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。 | | 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。 | | 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回以上ある。 | | ①はい　②いいえ |
| 16 | | 夕食後に間食（３食以外の夜食）をとることが週３回以上ある。 | | ①はい　②いいえ |
| 17 | | 朝食を抜くことが週３回以上ある。 | | ①はい　②いいえ |
| 18 | | お酒（清酒、焼酎、ﾋﾞｰﾙ、洋酒など）を飲む頻度 | | ①毎日②時々③ほとんど飲まない（飲めない） |
| 19 | | 飲酒日の１日当りの飲酒量  清酒１合（180ml）の目安：ビール中瓶１本（約500ml）、焼酎35度（80ml）、ウイスキーダブル１杯（60ml）、ワイン２杯（240ml） | | ①1合未満　②1~2合未満  ③2~3合未満　④3合以上 |
| 20 | | 睡眠で休養が十分とれている。 | | ①はい　②いいえ |
| 21 | | 運動や食生活等の生活習慣を改善しようと思いますか。 | 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保健指導を受ける機会があれば、利用しますか。 | | ①はい　②いいえ |
| 23 | | 今回健診を受けた時（血液採取時）、食後10時間以上経過していましたか。  （水、お茶、カロリーのないものについては、食べたことにはなりません） | | ①はい　②いいえ　③分からない |