

常務理事	事務長	担当	担当

生活習慣病健診補助金申請書（立替払い分）

令和 年 月 日

会社名				被保険者証 記号・番号 —
被保険者氏名				
受診者氏名				
受診年月日	令和	年	月	日
健診名		施設名		
利用料	円（消費税込）			
上記のうち 定期健診*の額	円（消費税込）			*尿酸、クレアチニンがあれば その額も含めてください。

- ◎ 同意事項： 私は、個人情報保護の上で自身の本検査結果や医療データを、タクマ健保の保健事業に活用することに（同意・否）します。 *カッコ内無記入は、「同意」とします。
- ◎ 保険証を使用した検査は「治療」の扱いになるため、補助対象外です。
- ◎ 35歳以上の被保険者および扶養家族が対象です。

★ この補助金申請には、必ず領収書(原本)と、結果書(写)を添付し、「質問票」と一緒に提出してください。

★ 受診の際に、健診のベースになる「定期健診」(含む:尿酸、クレアチン)の金額をお確かめください。

< 健保組合 記入欄 >

利用料	円（消費税込）	健保負担	円
-----	---------	------	---

質 問 票

タクマ健康保険組合保険者番号		06281554		被保険者氏名			
被保険者証	記号			フリガナ		続柄	
	番号			受診者氏名			
生年月日	S・H	年	月	日	年齢	歳	性別
住 所	〒	—		電話番号		—	

※ 回答に不備があった時は、電話等で確認させていただく場合があります。

No.	質 問 事 項	回 答
1-3	現在、a から c の薬を使用していますか。	(該当項目に ☑)
1	a. 血圧を下げる薬	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2	b. 血糖を下げる薬 または インスリン注射	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3	c. コレステロール や 中性脂肪を下げる薬	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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りますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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りますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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いわれたり、治療(人口透析など)を受けていますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
7	医師から、貧血といわれたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
8	現在、タバコ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、または合計100本以上吸っている	<input type="checkbox"/> ① はい (条件1と条件2を両方満たす) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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年以上行っている。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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時間以上行っている。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> 何でもかんで食べることができる <input type="checkbox"/> 歯や歯ぐき、かみ合せなど気になる部分があり、かみにくいことがある <input type="checkbox"/> ほとんどかめない
14	人と比較して食べる速度が速い。	<input type="checkbox"/> 速い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 遅い
15	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週3回以上ある。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ほとんど摂取しない
17	朝食を抜くことが週に3回以上ある。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。)	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週5~6日 <input type="checkbox"/> 週3~4日 <input type="checkbox"/> 週1~2日 <input type="checkbox"/> 月に1~3日 <input type="checkbox"/> 月に1日未満 <input type="checkbox"/> やめた <input type="checkbox"/> 飲まない(飲めない)
19	飲酒日の1日あたりの飲酒量 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・役350ml)	<input type="checkbox"/> 1合未満 <input type="checkbox"/> 1~2合未満 <input type="checkbox"/> 2~3合未満 <input type="checkbox"/> 3~5合未満 <input type="checkbox"/> 5合以上
20	睡眠で休養が十分とれている。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> 改善するつもりはない <input type="checkbox"/> 改善するつもりである (概ね 6か月以内) <input type="checkbox"/> 近いうちに改善するつもりであり、少しずつ始めている <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる (6か月未満) <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

◆ 健康診断の結果書 または 人間ドック申込書に添付して、タクマ健康保険組合まで提出してください。