

支給決定日：令和 年 月 日	常務理事	マネジャー	リーダー	担当者
支給決定額	円			
算出基礎				

MBK連合健康保険組合 理事長殿

〔契約外施設〕日帰り人間ドック補助金請求書

下記の通り、契約外施設にて日帰りドックを受診しましたので補助金を請求いたします。なお、私の受ける補助金の受領を所属の事業主に委任いたします。

所属事業所名称					
被保険者等 記号・番号		被保険者 氏 名			
受診者 氏 名		続柄	本人・家族	年齢	歳
実施機関 名 称		受診日	令和	年	月 日
受診内容	支払額	健診料金基準額	健保補助額（健保記入欄）		
日帰り人間ドック	円	一般:43,000 円/聖路加:47,000 円	円		
【OP】マンモグラフィ検査	円	6,000 円	円		
【OP】乳腺超音波検査	円	5,000 円	円		
【OP】子宮頸部細胞診検査	円	5,000 円	円		
【OP】PSA検査（50歳以上）	円	2,500 円	円		
【OP】胃カメラ	円	5,000 円	円		

【添付書類】

補助金を申請する方は、下記添付書類と併せて事業所経由で提出してください。

◎健診・医療機関発行の領収書の原本（請求書の裏面に糊付けしてください）

◎健診結果の写し

◎問診 22 項目（質問票）

【個人情報の取扱いについて】 当組合ホームページに掲載しております。

- ・本申込書に記載された個人情報については、本件以外の目的には利用いたしません。
- ・取得した健診結果は、当組合ホームページにおける個人情報保護方針に沿い、保健事業の実施に活用させていただきます。

～次項の「補助条件」および「注意事項」について提出前に必ずご確認ください～

《補助条件》

- (1) 40 歳以上の被保険者および被扶養者で、受診日当日に資格を有する者。
- (2) 国内の健診・医療機関で「日帰りドック」「一日ドック」を受診した場合のみに限ります。
- (3) 乳がん検査は、マンモグラフィ・超音波いずれか一方のみを補助します。PSA検査は、50 歳以上が対象です。

《注意事項》

- (1) 1泊ドック等およびオプション単体で受診は対象外です。
- (2) 補助金支給額は、健診料金基準額を上限に自己負担額を差し引いた額となります。健診料金基準額を下回る場合は、支払額から自己負担額を差し引いた額となります。(自己負担額:20,000 円)
- (3) 決定した補助金は、事業所経由でお振込みいたします。支払日につきましては、所属の事業所へお問い合わせください。なお、任意継続被保険者の方につきましては、当組合へ届出しているゆうちょ銀行の口座へお振込みいたします。
- (4) 請求期限は、受診日から 6 カ月以内となります。結果表がお手元に届きましたら速やかにご提出ください。

質問票 (問診22項目)

被保険者等 記号

番号

※必ず全てご記入下さい。

カナ氏名

No	質問項目	回答 (当てはまるものに○をつけて下さい。)
1	血圧を下げる薬を飲んでいますか？	①はい ②いいえ
2	インスリン注射または血糖を下げる薬を飲んでいますか？	①はい ②いいえ
3	コレステロールや中性脂肪を下げる薬を飲んでいますか？	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、貧血と言われたことがある。	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また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	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回以上ある。	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日 ③ 週3～4日 ④ 週1～2日 ⑤ 月に1～3日 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日当たりの飲酒量は？ ※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？	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ヶ月以内） ③近いうちに（概ね1ヶ月以内）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

※下記項目が結果に記載がない場合は、必ずこちらも記入してください。

23	既往歴(ある方は病名を右欄に記入してください)	
24	自覚症状の有無	①特になし ②ある（症状の内容： ）
25	他覚症状の有無(医師に聞いて記入してください)	①特になし ②ある（症状の内容： ）
26	医師の判定(「メタボ該当」、「メタボ非該当」等医師に聞いて記入してください)	