

支給決定	
支給金額 円	
内訳	

常務理事	事務長	事務次長	総務課長	担当者

人間ドック利用補助金申請書

¥ _____

下記のとおり実施しましたので、領収書を添えて補助金を申請します。

記

被保険者 記号 _____ ・ 番号 _____

受診者名	区分	生年月日	実施年月日	前回実施年月日	医療機関名
	本人 配偶者	
	本人 配偶者	

令和 年 月 日

千葉県機械金属健康保険組合理事長 殿

事業所所在地

事業所名

被保険者氏名

委任状	本補助金の受領を _____ ㊞ に委任します。
	令和 年 月 日 被保険者氏名 _____ ㊞

※対象者は、40歳以上です。

※問診表（問診項目）を含む検診結果（写）、領収書（正本）を添付して下さい。

健 診 問 診 票 （ 問 診 項 目 ）

被保険者証 記号・番号	—	受診者 氏 名	
事業所名称			
健診受診日	令和 年 月 日	受診医療 機関名称	
自覚症状	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> せき・たんが出る <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> めまい・たちくらみ <input type="checkbox"/> 胸が痛む <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 耳鳴り <input type="checkbox"/> 腹痛がする <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 動悸・息切れ <input type="checkbox"/> 生理中 <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 不眠・よく眠れない <input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> しびれ <input type="checkbox"/> 全身の疲労感が強い <input type="checkbox"/> その他 ()		
他覚症状	※医師の診察結果を記入してください		
既 往 歴	現在または以前にかかった病気 () に病名を記入してください <input type="checkbox"/> 以下の病気がない <small>※「治療中」は服薬がある状態、「経過観察」は検査のみで服薬がない状態、「中断」は過去に治療を行っていたが通院を終了した状態</small>		
		治療中 経過観察 中断	治療中 経過観察 中断
	<input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 (機能亢進症・低下症・その他) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 糖尿病 (インスリン注射含む) <input type="checkbox"/> 痛風・高尿酸血症 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 肝疾患 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 脳卒中 (脳出血・脳梗塞等) <input type="checkbox"/> 眼疾患 (白内障・緑内障等) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 (喘息・その他) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 尿路結石 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 胆石 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> その他の心疾患 () <input type="checkbox"/> 胃腸疾患 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 貧血症 <input type="checkbox"/> 消化器疾患 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 慢性腎臓病・腎不全 (人工透析含む) <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 () <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 他の腎疾患 () <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/>		
生 活 習 慣	タバコを習慣的に吸っていますか	<input type="checkbox"/> 吸う <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 禁煙中 (1カ月以上経過した方)	
	20歳の時の体重よりも10kg以上増加していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	一日30分以上の汗をかき運動を週二日以上、一年以上実施していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	日常生活で歩行又は同等の身体活動を一日1時間以上実施していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速いですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	食事を噛んで食べる時の状態はどれにあてはまりますか	<input type="checkbox"/> 何でも噛める <input type="checkbox"/> 噛みにくい <input type="checkbox"/> ほとんど噛めない	
	人と比べて食べる速度が速いですか	<input type="checkbox"/> 速い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 遅い	
	就寝前2時間以内に夕食をとることが、週三回以上ありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	朝、昼、夜の三食以外に間食や甘い飲み物を摂取しますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	朝食を抜くことが週三回以上ありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	飲酒の頻度	<input type="checkbox"/> 毎日飲む <input type="checkbox"/> 時々飲む <input type="checkbox"/> 飲まない	
	一日の飲酒量	<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合以上	
睡眠で休養が十分とれていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
運動や食生活の生活習慣を改善し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 <input type="checkbox"/> 1カ月以内に始めるまたは最近始めた <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる (6カ月未満) <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる (6カ月以上)		
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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		

※該当する項目に☑を入れてください