

※ 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	係

生活習慣病・消化器(胃)検診 補助金申請書

¥ _____

下記のとおり実施しましたので、領収書(写)を添えて補助金を申請します。

記

記号	番号	受診被保険者名	実施年月日	医療機関名

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

事業主氏名

委任状	本補助金の受領を	㊟ に委任します。
	令和 年 月 日	
	事業主氏名	㊟

※問診表(問診項目)を含む検診結果(写)・領収書(写)を添付して下さい。
 ※受診被保険者が複数名いる場合、医療機関から提出される請求書(写)も添付して下さい。

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"/> めまい・たちくらみ <input type="checkbox"/> 耳鳴り <input type="checkbox"/> 動悸・息切れ <input type="checkbox"/> 不眠・よく眠れない <input type="checkbox"/> 全身の疲労感が強い <input type="checkbox"/> せき・たんが出る <input type="checkbox"/> 胸が痛む <input type="checkbox"/> 腹痛がする <input type="checkbox"/> 生理中 <input type="checkbox"/> 妊娠中 <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 ※「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																																																																																																	
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: small;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">治療中</th> <th style="text-align: center;">経過観察</th> <th style="text-align: center;">中断</th> <th></th> <th style="text-align: center;">治療中</th> <th style="text-align: center;">経過観察</th> <th style="text-align: center;">中断</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> 高血圧症</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 (機能亢進症・低下症・その他)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 糖尿病 (インスリン注射含む)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 痛風・高尿酸血症</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 脂質異常症</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 肝疾患</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 脳卒中 (脳出血・脳梗塞等)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 眼疾患 (白内障・緑内障等)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 狭心症</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 (喘息・その他)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 心筋梗塞</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 尿路結石</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 不整脈</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 胆石</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> その他の心疾患 ()</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 胃腸疾患</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 貧血症</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 消化器疾患</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 慢性腎臓病・腎不全 (人工透析含む)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 ()</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 他の腎疾患 ()</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> その他 ()</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>				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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 糖尿病 (インスリン注射含む)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 痛風・高尿酸血症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 肝疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 脳卒中 (脳出血・脳梗塞等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 眼疾患 (白内障・緑内障等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 狭心症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 (喘息・その他)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 心筋梗塞	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 尿路結石	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 不整脈	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 胆石	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> その他の心疾患 ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 胃腸疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 貧血症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 消化器疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 慢性腎臓病・腎不全 (人工透析含む)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 他の腎疾患 ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																											
<input type="checkbox"/> 糖尿病 (インスリン注射含む)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 痛風・高尿酸血症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																											
<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 肝疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																											
<input type="checkbox"/> 脳卒中 (脳出血・脳梗塞等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 眼疾患 (白内障・緑内障等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																											
<input type="checkbox"/> 狭心症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 (喘息・その他)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																											
<input type="checkbox"/> 心筋梗塞	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 尿路結石	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																											
<input type="checkbox"/> 不整脈	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 胆石	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																											
<input type="checkbox"/> その他の心疾患 ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 胃腸疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																											
<input type="checkbox"/> 貧血症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 消化器疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																											
<input type="checkbox"/> 慢性腎臓病・腎不全 (人工透析含む)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																											
<input type="checkbox"/> 他の腎疾患 ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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分以上の汗をかく運動を週二日以上、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