

すこやか健診補助金申請書兼委任状

被保険者	被保険者証の記号・番号		電話番号（日中の連絡先）		職員番号	
	—		Tel ()			
	氏名		住所			
			〒 —			
被保険者記入欄	健診受診者（一人目）	氏名	資格	性別	生年月日（西暦）	
				1 被保険者（本人）	1 男	/ /
			2 被扶養者（家族）	2 女		
	健診日（西暦）		支払額合計			
/ /		円		円 ※領収書が複数枚の時の内訳 円 円		
被保険者記入欄	健診受診者（二人目）	氏名	資格	性別	生年月日（西暦）	
				1 被保険者（本人）	1 男	/ /
			2 被扶養者（家族）	2 女		
	健診日（西暦）		支払額合計			
/ /		円		円 ※領収書が複数枚の時の内訳 円 円		
受取方法	〔退職後の方（記号 100）〕 振込先を記入してください 〔在籍中の方は記入不要〕	労働金庫		本店 支店		普通口座
		店番号			口座名義 (カタカナ)	※被保険者名義に限りません
		口座番号				
事業所記入欄	〔在籍中の方〕 委任により 事業所経由で 支給します	受領代理事業所名				
		事業所受領代理人氏名				

【申請時の注意事項】

- 対象者** 健診受診日に労金健保の資格を有する被扶養者（家族）、任意継続被保険者（本人）、またはその被扶養者（家族）。なお、被扶養者（家族）は、当該年度の4月1日時点で18歳以上の方。ただし、高校生は除く。
- 補助金額(税込)** 被扶養者（家族）：15,000円、任意継続被保険者（本人）：20,000円 ※いずれも上限額に満たない場合は実費。
- 添付書類** ① 領収証（原本） ② 健診結果表（写し） ③ 健診質問票（様式3）
※ ①は別紙、領収書貼付台紙に貼付けしてください。
※ 在籍中の方は事業所経由の申請となります。①②③は機微情報のため第三者の目に触れないように、必ず封入してください。その際は封書に「記号・番号」「被保険者氏名」「健診結果等在中」と記入願います。
- 申請回数** 1人、年度1回限り（複数の健診機関で受診した場合は、領収証を一括申請）。
- 健診期間** 当該年度の2月末日まで。
- 申請期間・方法** 当該年度の3月末日までに当健保組合必着のため、3月上旬までに事業所へ提出。なお、任意継続被保険者とその被扶養者は、当健保組合へ直接送付。
- 支給対象外** ろうきんパイオ健診との併用、がん検診等のみの補助、保険診療での受診、パート先等で受けた健診結果表を提出された方。また、労働安全衛生法に基づき事業主に義務付けられる雇入れ健診は対象外。
- 個人情報** 当健保組合の保健事業の目的以外に使用いたしません。

健保使用欄			受付No	※ 健診代行機関 未利用 <input type="checkbox"/>	
検印	精査	担当	支払日	決定	
				1人目	円
				2人目	円
				合計	円

領収書貼付台紙

「すこやか健診補助金申請書兼委任状」「インフルエンザ予防接種補助金申請書」共通台紙

※ 領収書はなるべく重ならないように貼付してください。

<p>XXXX年XX月XX日</p> <h3>領収書</h3> <p><u>労金 花子 様</u></p> <p><u>金額20,000円</u> 但 生活習慣病健診費用</p> <p>〇〇病院</p>	<p>X月XX日</p>
<h3>領収書</h3> <p><u>労金 花子 様</u></p> <p><u>金額5,000円</u> 但 婦人がん検診費用</p> <p>〇〇病院</p>	<p>X月XX日</p>
<h3>領収書</h3> <p><u>労金 太郎 様</u></p> <p><u>金額4,000円</u> 但 インフルエンザ予防接種費用</p> <p>〇〇病院</p>	

健診質問票

健診受診者	被保険者証の記号・番号	「すこやか健診補助金申請書兼委任状」または「パート先等健診結果表送付書兼クオカード申込書」を申請される場合に添付してください。				
	—					
	カナ氏名	資格	性別	年齢	生年月日（西暦）	健診日（西暦）
		1 被保険者(本人) 2 被扶養者(家族)	1 男 2 女	才	/ /	/ /

質問事項		回答（○印。必ずすべての質問に回答してください）	
1	現在、右の a	a. 血圧を下げる薬	1 はい 2 いいえ
2	から c の薬の	b. 血糖を下げる薬又はインスリン注射	1 はい 2 いいえ
3	服用の有無※	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）にかかっているといわれたり、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いわれたり、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の両方満たす者である。 条件1：最近1カ月間吸っている 条件2：生涯で6カ月以上吸っている、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カ月間は吸っていない（条件2のみ満たす） 3 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。		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又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 普通 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 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カ月以内） 3 近いうちに（概ね1カ月以内）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カ月未満） 5 既に改善に取り組んでいる（6カ月以上）
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

※ 医師の診断・治療のもとで服薬中のものを指す。

全国労働金庫健康保険組合