

家族健診補助金申請書

被保険者	被保険者等の 記号 - 番号	-	フリガナ 被保険者氏名 (本人)	
------	-------------------	---	------------------------	--

受診者 (ご家族)	フリガナ		続柄	生年月日・年齢
	受診者氏名			西暦 年 月 日 (才)
	自宅住所	〒 _____		
	電話	_____		

申請額	注意事項 ・健康保険を使用した費用は補助の対象になりません。 ・複数の医療機関で受診した場合は合計額を記入ください。			
	医療機関に支払った金額			円

委任状	<p>LIXIL健康保険組合理事長 殿</p> <p>上記により補助される金額の受領については、事業主から健康保険組合に届出のある受領代理人に委任いたします。</p> <p style="text-align: right;">西暦 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">被保険者氏名 印</p>
-----	--

【注意】

- 申請書には必ず下記書類3点を添付してください。
 - ①領収書の原本（受診者氏名・受診日・検査項目の記載のあるもの）
 - ②結果票全ページの写し※ページ抜けにご注意ください
(受診者名・受診日・医療機関名・受診検査項目の判定や数値がきちんと確認できるもの)
 - ③問診票
- 委任状は給与振込の際に必要となりますので、必ずご記入ください。

健康保険組合記入欄

	ア)基本	イ)胃	ウ)子宮	エ)乳	オ)大腸
① 支払った費用	イ)、ウ)、エ)、オ)が基本費用に含まれている場合				
	ア) <input type="text"/> - 9,500円 = カ) <input type="text"/>				
② ①の7割	イ)、ウ)、エ)、オ)がセット料金の場合				
	キ) <input type="text"/>				
③ 補助上限額	9,500円	2,350円	3,800円	4,700円	1,000円
		イ)、ウ)、エ)、オ)の上限計 円			
④ 支払額 ②と③の低い方					
	イ)、ウ)、エ)、オ)の計				円

※自署の場合は押印を省略できます。
 ※ボールペンでご記入ください。
 (消しゴムで消せるものは使用不可)

支給決定額	<input type="text"/>	円
-------	----------------------	---

記入見本

家族健康

従業員の本人の氏名を記入ください。

被保険者	被保険者等の 記号 - 番号	1 3 1 - ○○○○○	フリガナ 被保険者氏名 (本人)	ケンボ タロウ 健保 太郎
------	-------------------	---------------	------------------------	------------------

受診者 (ご家族)	フリガナ	ケンボ ハナコ	続柄	生年月日・年齢
	受診者氏名	健保 花子	妻	西暦 ****年 **月 **日 (**才)

受診された方の 情報を記入くだ さい。	自宅住所	〒 ***-*** 東京都○○区○○町○-○-○	電話	***-****-****
---------------------------	------	-----------------------------	----	---------------

医療機関で支払った金額を記入ください。
※健康保険を使用した検査は補助の対象にはなりませんのでご注意ください。

注意事項	・健康保険を使用した費用は ・複数の医療機関で受診した
医療機関に支払った金額	**,*** 円

委任状	<p>L I X I L 健康保険組合理事長 殿</p> <p>上記により補助される金額の受領については、事業主から健康保険組合に届出のある受領代理人に委任いたします。</p> <p style="text-align: right;">西暦 ****年 **月 **日</p> <p style="text-align: right;">被保険者氏名 健保 太郎 </p>
-----	---

【注意】

必ず申請者（従業員ご本人）の氏名を記入し押印ください。
自署（名前を直接手書き）の場合は、押印は省略できます。

- 申請書には必ず下記書類3点を添付してください。
 - ①領収書の原本（受診者氏名・受診日・検査項目の記載あり）
 - ②結果票全ページの写し※ページ抜けにご注意ください
(受診者名・受診日・医療機関名・受診検査項目の半ページ)
 - ③問診票
- 委任状は給与振込の際に必要なとなりますので、必ずご記入ください。

健康保険組合記入欄

	ア)基本	イ)胃	ウ)子宮	エ)乳	オ)大腸
① 支払った費用	イ)、ウ)、エ)、オ)が基本費用に含まれている場合				
	ア) <input type="text"/> - 9,500円 = カ) <input type="text"/>				
② ①の7割	イ)、ウ)、エ)、オ)がセット料金の場合				
	キ) <input type="text"/>				
③ 補助上限額	9,500円	2,350円	3,800円	4,700円	1,000円
		イ)、ウ)、エ)、オ)の上限計 円			
④ 支払額 ②と③の低い方	イ)、ウ)、エ)、オ)の計 円				

※自署の場合は押印を省略できます。
※ボールペンでご記入ください。
(消しゴムで消せるものは使用不可)

支給決定額	<input type="text"/>	円
-------	----------------------	---

問診票

被保険者等記号・番号	-
フリガナ	
受診者名	
生年月日	西暦 年 月 日

	質問	回答	回答欄
1-3	a から c の薬の使用の有無		
1	a 血圧を下げる薬	①はい ②いいえ	
2	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	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りますか。	①はい ②いいえ	
8	現在、たばこを吸っていますか。 (※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、「合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っている者」であり、最近1ヶ月間も吸っている者)	①はい ②いいえ	
9	20歳の時の体重から10kg以上増加していますか。	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年以上実施していますか。	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時間以上実施していますか。	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ですか。	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ですか。	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回以上ありますか。	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回以上ありますか。	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	①毎日 ②時々 ③ほとんど飲まない（飲めない）	
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量 日本酒1合（180ml）の目安：ビール500ml、焼酎2.5度（110ml） ウイスキーダブル1杯（60ml）、ワイン2杯（240ml）	①1合未満 ②1～2合未満 ③2～3合未満 ④3合以上	
20	睡眠や休養が十分とれていますか。	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保健指導を受ける機会があれば、利用しますか。	①はい ②いいえ	