

# 記入説明

保険証に記載されている  
記号と番号を記入してください。



「LIXIL健康保険組合提出用」

従業員ご本人の氏名を記入ください。

## 家族健診補助金申請書

被保険者	保険証の 記号-番号	*** - ****	フリガナ 被保険者氏名 (本人)	ケンボ タロウ 健保 太郎
------	---------------	------------	------------------------	------------------

受診された  
方の情報  
をご記入  
ください。

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 19△0年6月 1日 (48才)
	自宅住所	〒 100-00 東京都○△区□▽町 1-1-1		
電話	** - ** - ****			

申請額	注意事項	・保険証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	

医療機関で支払った  
金額をご記入ください。  
※保険証を使用した  
検査は、補助の対象  
にはなりませんので  
ご注意ください。

委任状	LIXIL健康保険組合理事長 殿 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。		
	西暦 **年 5月 15日		
	被保険者氏名		健保 太郎

【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。

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、押印を省略できます。

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 = ｂ) <input type="text"/>				
② ①の7割	イ)、ウ)、エ)、オ)がセット料金の場合				
	ア) <input type="text"/> × 0.7 = ｂ) <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
-------	------------------------

# 家族健診補助金申請書

被保険者	保険証の 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	・保険証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	L I X I L 健康保険組合理事長 殿 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。			
	西暦 年 月 日 被保険者氏名 <span style="float: right;">印</span>			

**【注意】**

- 申請書には必ず下記書類3点を添付してください。
  - 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)
  - 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)
  - 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	円
-------	---

# 問診票

保険証記号・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  血压を下げる薬	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25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	