

契約外健診機関（健康診断／人間ドック）費用請求書

この度、契約外健診機関で（健康診断／人間ドック）を受診しましたので、ここに検査結果票の写しと、領収書の原本を添えて費用を申請いたします。

記号番号

7 -	会社名
-----	-----

被保険者 氏名

フリガナ	〒 -

被保険者(本人)の口座

フリガナ 銀行	フリガナ 支店	口座番号(普)	口座名 カタカナで記入してください
------------	------------	---------	-------------------

※ 銀行名・支店名は統廃合により変更している場合がありますので、記入前に確認してください。

※被保険者の口座をご記入ください

受診者 氏名

被保険者(本人)	本人	健診日	年 月 日	金額	円
		健診機関名			
被扶養者	続柄	健診日	年 月 日	金額	円
		健診機関名			
被扶養者	続柄	健診日	年 月 日	金額	円
		健診機関名			

※ 領収書(原本)と結果票(写し)を添付して下さい。

合計 円

！社員の方が受診された場合！ こちらも必ずご記入ください。

会社(人事)へ会社負担分の費用の請求はお済みですか？	領収書が1枚しかないため未請求	or	人事へ請求済み
----------------------------	-----------------	----	---------

↑ Oをつけるか不要な方を削除してください。

振込金額	※健保記入欄
	円

※ 社員の方は申請にあたり、会社負担分と健保負担分に分けた領収書が2枚必要です。

受診先に健保組合の健診項目表を提示して、会社と健保の負担項目ごとに領収書を分けて発行してもらってください。会社分の領収書は、検査結果のコピーを添えて人事へ提出してください。

<領収書が分けられない受診先の場合>

総額の1枚の領収書をまず健保へ提出してください。会社負担額と健保負担額とを合算して、健保からご指定の口座へ振り込みます。その場合の会社負担額は一律11,000円となります。

※ 健保負担額は33,000円が上限額です。健診の種類(健康診断・人間ドック)に関わらず、検査項目に関係なく全てのオプション検査を含めて、社員の方は会社負担額+健保負担限度額33,000円を超えた金額、配偶者の方は33,000円を超えた金額については、自己負担となります。

※ 費用請求出来るのは、受診日に当組合の被保険者・被扶養者の資格があり、健診受診対象年齢の方です。

特定健診問診票		エービービー健康保険組合		
フリガナ 氏名	健診日	年	月	日
	健診機関名			

○をつけるか、不要な方を消してください↓

- 現在血圧を下げる薬を服用していますか？ 服薬あり ・ 服薬なし
- 現在血糖を下げる薬を服用、またはインスリン注射をしていますか？ 服薬あり ・ 服薬なし
- 現在コレステロールや中性脂肪を下げる薬を服用していますか？ 服薬あり ・ 服薬なし
- 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、治療を受けた事がありますか はい ・ いいえ
- 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、治療を受けた事がありますか はい ・ いいえ
- 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 はい ・ いいえ
- 医師から貧血といわれたことがありますか？ はい ・ いいえ
- 現在、たばこを習慣的に吸っていますか？
 - ① はい ⇒ 条件1と条件2の両方を満たしている
 - ② 以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない ⇒ 条件2のみ満たしている
 - ③ いいえ ⇒ ①②以外

“現在、習慣的に喫煙している”とは、下記の条件1と2の両方を満たしている状態です。

条件1： 最近1か月間吸っている

条件2： 生涯で6か月以上吸っている。または合計100本以上吸っている
- 20歳のときから体重が10kg以上増加していますか？ はい ・ いいえ
- 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？ はい ・ いいえ
- 日常生活において歩行または同等の身体活動を1日1時間以上実施していますか？ はい ・ 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？
 - ① 何でも噛んで食べることが出来る
 - ② 歯や歯ぐき、噛み合わせなど気になる部分があり噛みづらいことがある
 - ③ ほとんど噛めない
- 人と比較して食べる速度が速いですか？ 速い ・ ふつう ・ 遅い
- 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？ はい ・ いいえ
- 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(全く摂らないも含む)
- 朝食を抜く事が週3回以上ありますか？ はい ・ いいえ
- お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度は？
 - 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)

※⑦の「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けれど最近1年以上は酒類を摂取していない状態
- 飲酒日の1日当たりの飲酒量は？

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・110ml)、ワイン2杯(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 3~4合未満
 - ⑤ 6合以上
- 睡眠で休養が十分とれていますか？ はい ・ いいえ
- 運動や食生活などの生活習慣の改善についてはどうお考えですか？
 - 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ヶ月以内)
 - 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)
- 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。 はい ・ いいえ

* 記入必須項目

* 健診日

年

月

日

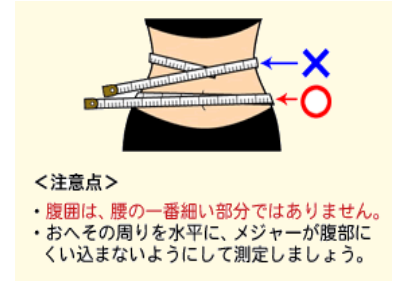
身長 * cm

体重 * kg

BMI

腹囲 * cm

腹囲測定方法



→ 健診時に測定していない場合は、ご自身で測定してください
 立った姿勢で息を吐いているときに、おへそ周りを平行に
 測定してください

血圧収縮期(上) * mmHg

血圧拡張期(下) * mmHg

空腹時血糖 * mg/dl

随時血糖 * mg/dl

血糖HbA1c * %

→ 血糖の3つのうち、どれか1つは必ず記入してください

脂質中性脂肪 * mg/dl

脂質HDLコレステロール * mg/dl

脂質LDLコレステロール * mg/dl

脂質Non-HDLコレステロール mg/dl

肝機能GOT(AST) * U/L

肝機能GPT(ALT) * U/L

肝機能γ-GTP * U/L

尿糖 * (+:陽性/-:陰性)

尿蛋白 * (+:陽性/-:陰性)

クレアチニン * mg/dl

赤血球数 $10^2/\mu\text{l}$

血色素HbA_{1c} g/dl

ヘマトクリット %

総合判定結果もご記入ください

該当に○をつけるか、不要な判定を削除して
 ください

A 異常なし

B やや異常

C 経過観察

D 要再検査

E 要精密検査

F 要治療

G 要治療継続



上記の判定を受けた検査項目名、部位