

健診料支給申請書

下記の通り、健診料の支給申請をいたします。

記号		番号			
被保険者住所	TEL				
被保険者氏名					
実施医療機関	所在地	TEL			
	名称				
受診者名		実施費用	実施月日	※1 組合記入欄	
		特定健診分(再掲) ()			
		特定健診分(再掲) ()			
		特定健診分(再掲) ()			
		特定健診分(再掲) ()			
		特定健診分(再掲) ()			
振込先 被保険者	銀行名	銀行	口座番号	(普) No.	
	銀行コード				
	支店名	支店	※2 フリガナ		
	支店コード		口座名		
添付書類	1. 健診受診結果(写) 2. 領収書(原本)※3 3. 問診票 4. 健診費用明細書※4				

東京都家具健康保険組合 殿

※1 太線内は、記入しないでください。

※2 振込先は、被保険者名の口座を指定してください。

※3 診療明細書が発行されている場合は併せて添付してください。

※4 組合所定の「健診費用明細書」を健診(医療)機関で記載してもらい必ず添付してください。

☆ 健診料を各種ポイントや電子マネー等で決済している場合、ポイントや電子マネーの単位から金額が明確となり、そのポイントや電子マネーを受領していることが健診医療機関が発行する文書(健診医療機関の押印あり)で証明されない限り、補助の対象とできません。証明料金がかかる場合は、自己負担となります。

☆ 40歳以上の健診受診者は、特定健診分の費用(再掲)を記載して下さい。

☆ 添付書類はお返しできません。

☆ 受診日より2カ月以内に申請してください。

【組合記入欄】

800・東振協

健診費用明細書

検査項目	検査内容	費用(円)
身体計測	問診(聴打診)	
	身長	
	体重	
	BMI指数	
	視力(最高/最低)	
	血圧	
	腹囲	
尿検査	蛋白(定性)・糖(定性)	
胸部X線	胸部直接またはデジタル撮影	
採血料		
貧血検査	赤血球数	
	白血球数	
	ヘマトクリット	
	ヘモグロビン	
	血小板	
生化学的検査I	空腹時血糖	
	HbA1c	
	中性脂肪	
	HDLコレステロール	
	LDLコレステロール	
	AST(GOT)	
	ALT(GPT)	
	γ-GTP	
	尿酸	
聴力検査	1000Hz・4000Hz	
心電図	安静時(12誘導)	
消化器検査(40歳以上)	胃直接またはデジタル撮影	
大腸がん検査(40歳以上)	便潜血反応(2日法)	
乳房検査(40歳以上)	マンモグラフィ	
子宮がん検査	医師採取法	

フリガナ		記号 - 番号	-	生年月日	年 月 日
氏 名		性別／年齢	男・女 歳	健診年月日	年 月 日

特定健康診査 問診票

■ 回答欄の該当する番号に○印を記入してください。

	質問項目	回答
1-3	現在、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を両方満たす者である。 条件1:最近1か月間吸っている 条件2:生涯で6か月間以上吸っている、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か月間は吸っていない(条件2のみ満たす) ③ いいえ(①②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)

※裏面の問診(19~22)にもご回答ください。

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か月以内) ③近いうちに(概ね1か月以内)改善する つもりであり、少しづつ始めている ④既に改善に取り組んでいる (6か月未満) ⑤既に改善に取り組んでいる (6か月以上)
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

★の項目は、特定健康診査の結果から特定保健指導の対象者を選定するために必要な項目です。

健診料支給

下記の通り、健診料の支給申請をいたします。

保険証または「資格情報のお知らせ」に記載の「記号」「番号」をご記入ください。
詳細は、別添「記号・番号の確認方法」をご覧ください。

記号	9876	番号	54321
被保険者住所	東京都文京区○○1-2-3 TEL 03-1234-5678		
被保険者氏名	家具 太郎 受診者名ではなく、被保険者の氏名をご記入ください。		
実医療機関	所在地	東京都文京区○○4-5-6 TEL 03-5678-1234	
	名称	○○健診センター	
受診者名	実施費用	実施月日	※コード 支給決定額 特定 支給決定額 実施項目 組合記入欄 記入不要
家具 花子	¥45,000 特定健診分(再掲) ()	4月1日	
領収書に「特定健診代」の記載がある場合は、 () 内にご記入ください。 記載がない場合は空欄で構いません。			
特定健診分(再掲) ()			
被保険者振込先	銀行名	〇〇 銀行	口座番号
	銀行コード	1234	(普) No. △△△△△△△△
	支店名	本郷 支店	※2 フリガナ
	支店コード	123	口座名 家具 太郎
添付書類	1. 健診受診結果(写) 2. 領収書(原本)※3 3. 問診票 4. 健診費用明細書※4		

東京都家具健康保険組合 殿

被保険者名義の口座でない場合、
申請は受付できません。

※1 太線内は、記入しないでください。

※2 振込先は、被保険者名の口座を指定してください。

※3 診療明細書が発行されている場合は併せて添付してください。

※4 組合所定の「健診費用明細書」を健診(医療)機関で記載してもらい必ず添付してください。

☆ 健診料を各種ポイントや電子マネー等で決済している場合、ポイントや電子マネーの単位から金額が明確となり、そのポイントや電子マネーを受領していることが健診医療機関が発行する文書(健診医療機関の押印あり)で証明されない限り、補助の対象とできません。証明料金がかかる場合は、自己負担となります。

☆ 40歳以上の健診受診者は、特定健診分の費用(再掲)を記載して下さい。

☆ 添付書類はお返しできません。

☆ 受診日より2カ月以内に申請してください。

【組合記入欄】

«補助申請時の注意点»

申請書類は揃っていますか？

- 健診料支給申請書
- 健診費用明細書
- 領収書（原本）
- 健診結果表（写し）
- 特定健康診査問診票 ※年度末年齢40歳以上の方のみ。

申請前に必ずご確認ください！

① 受診資格

受診当日に当健保組合へ加入していますか？
各健診コースの年齢要件は満たしていますか？

- 一般健診：20～29歳の配偶者
30～39歳の方
- フルパック健診：40歳以上の方
- 人間ドック：35歳以上の方

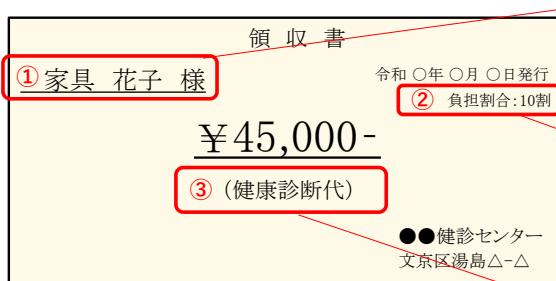
② 健診結果表

実施した検査項目の結果は、全て添付されていますか？
実施した項目であっても健診結果表に記載がない場合は未実施扱いとなり、補助額が減額になります。

③ 契約病院での人間ドック

【家具健保の人間ドック】または【D1コース】をご受診の方は、補助申請はできません。
上記契約コースは当日に窓口で15,000円の補助を受けています。補助限度額を超えた自己負担額（差額）は、補助対象外です。

領収書



【①宛名】

宛名が空欄の領収書は、受付できません。
受診者本人のフルネームが記載されているかご確認ください。

【②負担割合】

負担割合が3割の領収書は、受付できません。
必ず全額自己負担（10割）の領収書を添付してください。

【③項目名】

「健康診断代」等、何の金額か分かる領収書を添付してください。



【明細書・内訳書】

明細書や内訳書が発行されている場合は、併せて提出してください。

結果表



【①宛名】

受診者名の記載がない場合は、受付できません。

【②受診日】

今年度受診分の結果表でお間違えないかご確認ください。

【結果表】

実施した検査結果が全て載っているかをご確認ください。

«記号・番号の確認方法»

① マイナ保険証をお持ちの方

スマートフォンアプリ「マイナポータル」で記号・番号を確認することができます。

STEP1 マイナポータルにログインします。

STEP2 ログイン後、画面を下にスクロールし、「健康保険証」を押します。

STEP3 健康保険証のページが表示されます。

「資格情報」から、登録されている健康保険証情報をご確認いただけます。

STEP1 アプリにログイン



マイナンバーカードを使って
アプリ「マイナポータル」に
ログインします。その後画面
を下にスクロールします。

STEP2 健康保険証をタップ



證明書の「健康保険証」を
タップします。

STEP3 資格情報を確認



資格情報に登録されている
ご自身の情報が表示されます。
画面を下にスクロールさせ、
記号・番号をご確認ください。

② マイナ保険証をお持ちでない方

マイナ保険証を保有していない（マイナンバーカードの健康保険証利用登録をしていない）方を対象に、当組合より「資格確認書」を交付しております。

そちらで記号・番号をご確認ください。