

支 給 額	平成 年 月 日			
	常務理事	事務長	係	係
¥				

【人間ドック補助金請求書】

★注意：特定健診項目に受診漏れがある場合は、補助金の対象外となります。

ノバルティス健康保険組合 御中

以下のとおり「質問票に回答」「領収証原本を裏面に糊付」「健診結果票写しを添えて」を請求します。



保険証記号・番号	記号 番号	被保険者名	印
受診者名			
受診者区分	(本人 ・ 家族)	受診日	(西暦) 年 月 日
生年月日(西暦)	年 月 日	健診機関情報	住所
性別・年齢	(男 ・ 女) 歳		TEL
領収書金額	¥		名称
★補助金は、40,000 円が上限となります。 被保険者の方はチェックしてください。 このドックを会社の定期健診の代用としますか？ <input type="checkbox"/> 代用とする(会社への報告は各自で行って下さい) <input type="checkbox"/> 代用としない(会社の健診は別途受診する)		★個人情報保護の取扱について 人間ドック結果票について、特定健診項目をデータ化する目的で委託業者に提出することに同意します。なお、データ化処理後は、結果票を廃棄処理してください。 同意印 印	
		★お支払：毎月 20 日までに健保組合に到着した請求書は、当月末に被保険者の給与口座にお振込みします。	

質問票 (特定健診で必要な問診です。必ず、ご回答ください。)

1 現在、血圧を下げる薬を服用していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	14 人と比較して食べる速度が速いですか。	<input type="checkbox"/> 速い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 遅い
2 現在、インスリン注射又は血糖を下げる薬を服用していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3 現在、コレステロールを下げる薬を服用していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	16 夕食後に間食(3食以外の夜食)をとることが週に3回以上ありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	17 朝食を抜くことが週に3回以上ありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	18 お酒(清酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 殆ど飲まない(飲めない)
6 医師から、慢性の腎不全にかかっているといわれたり、治療(人工透析)を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	19 飲酒日の1日あたりの飲酒量	<input type="checkbox"/> 1合未満 <input type="checkbox"/> 1~2合未満 <input type="checkbox"/> 2~3合未満 <input type="checkbox"/> 3合以上
7 医師から、貧血と言われたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	※目安量：清酒1合(180ml)=ビール中瓶1本(約500ml)=焼酎35度1杯(80ml)=ウイスキー一ダブル1杯(60ml)=ワイン2杯(240ml)	
8 現在、たばこを習慣的に吸っていますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	20 睡眠で休養が十分にとれていますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
9 20歳の時の体重から10kg以上増加していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	
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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 改善するつもりはない <input type="checkbox"/> 改善するつもりである(おおむね6ヶ月以内) <input type="checkbox"/> 近いうち(概ね1ヶ月以内)に改善するつもりであり、少しずつ始めている <input type="checkbox"/> すでに改善に取り組んでいる(始めて6ヶ月未満) <input type="checkbox"/> すでに改善に取り組んでいる(始めて6ヶ月以上)	
11 日常生活において1日1時間以上の歩行又は同等の身体活動を実施していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
13 この1年間で体重の増減が±3kg以上ありましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		