

生活習慣病予防健診補助金請求書

金 円也

但し 生活習慣病予防健診補助金として
*補助金額は、1人につき 20,000円 が上限です。
*ただし、被扶養者は、年度末年齢30歳以上に限る。

《受診者名簿》 被保険者 名 計 名
被扶養者 名

本人(被保険者)			家族(被扶養者)		
受診月日	記号一番号	氏名	受診月日	記号一番号	氏名
	—			—	
	—			—	
	—			—	
	—			—	

令和 年 月 日

請求者 氏 名

住 所 〒 -

電 話 ()

☆添付書類☆

1. 領収書(写)

2. 健診結果報告書(写)

※総合判定欄ではなく、健診の数値が表示されているものを添付してください。

※2枚目の「生活習慣などに関する質問票」も忘れずに添付してください。

振込先	金融機関名	銀行 支店番号 () 信金 信組 支店	郵便局 (ゆうちょ銀行に口座のない方) 記号一番号
	預金の種別	当座	
	口座番号	普通	—
	口座名義 (カタカナ)		

※振込先は、通帳等を確認のうえ正しくご記入ください。

※請求者以外の口座に振込む場合は下の委任状にご記入ください。

私、 は に生活習慣病予防健診補助金の受領に関することを委任します。

令和 年 月 日 住所
請求者 氏名

生活習慣などに関する質問票（すべての項目にご回答ください）

記号	番号	どちらかに ○	氏 名
		本人・家族	
質 問 項 目			回 答
1	血圧を下げる薬の服薬		①、はい ②、いいえ
2	血糖を下げる薬の服薬又はインスリン注射		①、はい ②、いいえ
3	コレステロールや中性脂肪を下げる薬の服薬		①、はい ②、いいえ
4	脳卒中（脳出血、脳梗塞等）にかかったことがありますか？		①、はい ②、いいえ
5	心臓病（狭心症、心筋梗塞等）にかかったことがありますか？		①、はい ②、いいえ
6	慢性腎不全にかかっていますか（人工透析など）？		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、たばこを習慣的に吸っていますか？		①、はい ②、いいえ
9	20歳のときの体重から10kg.以上増加しましたか？		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に2回以上、1年以上続けていますか？		①、はい ②、いいえ
11	日常生活において、歩行や同等のレベルの身体活動を1日1時間以上行っていますか？		①、はい ②、いいえ
12	同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	食事を噛んで食べる時の状態（何でも噛んで食べることができる）		①、何でも噛んで食べることができる ②、歯や歯ぐき、噛み合わせなど気になる部分があり、噛みにくいことがある ③、ほとんど噛めない
14	人と比較して食べる速度は速いですか？		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	朝昼夜の3食以外の間食や甘い飲み物をとることがありますか？		①、毎日 ②、時々 ③、ほとんどない
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（清酒、焼酎、ビール、洋酒等）を飲む頻度はどの程度ですか？		①、毎日 ②、時々 ③、ほとんど飲まない（飲めない）
19	飲酒した日の1日あたりの飲酒量はどのくらいですか？ ※ 清酒1合を目安に 焼酎35度（やく80ml.）、ビール中瓶（500ml.） ウイスキーダブル1杯（60ml.）、ワイン2杯（240ml.）		①、1合未満 ②、1～2合未満 ③、2～3合未満 ④、3合以上
20	睡眠で十分に休養がとれていますか？		①、はい ②、いいえ
21	運動や食生活等の生活習慣を改善しようとおもいますか？		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ヵ月以内） ③ 近いうちに（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 ④ 既に改善に取り組んでいる（6ヵ月未満） ⑤ 既に改善に取り組んでいる（6ヵ月以上）
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

記入されましたら、歯科健康保険組合に郵送でお送りください。