

特定健診補助金請求書

金 円也

但し 特定健診補助金として

*対象者は、40歳以上の被保険者・被扶養者です
*補助金額は、1人につき 6,000円 が上限です

《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-番号	氏名	受診月日	記号-番号	氏名
	-			-	
	-			-	
	-			-	
	-			-	

令和 年 月 日

住所 〒 -

請求者 氏名

電話 ()

☆添付書類☆

- 領収書(写)
 - 特定健診結果報告書(写)
- ※ 総合判定ではなく、健診の数値が表示されているものを添付してください。
※ 「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 支店 信組	郵便局 (ゆうちょ銀行に口座のない方) 記号-番号
	預金の種別 口座番号	当座 普通	-
	口座名義	フリガナ	

※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ご捺印ください。

私、 は に特定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。