

巡回事業所健診補助金支給決定決議書

経	課 長	係 長	係 員	決 議 年 月 日
伺	支 給 額	¥		
振 込 年 月 日		令 和 年 月 日		

巡回事業所健診補助金支給申請書

契約健診機関で受診することができませんでしたので、巡回事業所健診の補助金の申請をいたします。

なお、補助金は、下記口座に振り込んでください。

(フリガナ) 口座名義人氏名	
金融機関名 口座の種類	銀行・信用金庫 支店 普通・当座 (口座番号)

令和 年 月 日

愛鉄連健康保険組合理事長 殿

記号

事業所所在地

〃 名 称

代表者氏名

電 話 番 号 () —

【 重要な注意事項 】

医療保険制度の改正により平成20年4月から40歳～74歳の被保険者・被扶養者について、特定健診の実施が医療保険者の義務となりました。特定健診は指定された基本的な健診項目をすべて実施しなければなりません。当健保組合の巡回事業所健診を受診すれば、すべて含んでいるため特定健診を実施したことになります。

県外や契約健診機関以外で受診される場合は、補助金の対象として必ず基本項目の実施が必要です。また、特定保健指導の階層化のため、標準的な質問票（問診）の提出が必要ですのでご注意ください。(40歳未満の方も必要です) 以上のとおり、特定健診の内容を満たしていないと補助金の対象となりませんので、申請書を提出される前に再度確認をお願いいたします。特定健診の内容及び質問票は裏面を参照してください。

この申請に際し、添付していただく健診結果表につきましては、受診者から当組合への提出に関し、同意を得たものとさせていただきます。

健診結果は、当組合の統計資料等の疾病予防事業に活用させていただきますので、ご了承ください。プライバシーの保護には万全を期し、目的以外の使用はいたしません。

【補助期間】

毎年4月1日から翌年3月15日までの受診で年度末3月末日までに申請のあったものとします。

巡回事業所健診 受診者名簿

受診年月日	令和 年 月 日
支店または営業所名	
// 所在地	〒 ー
// 電話番号	() ー
健診機関名	
// 所在地	〒 ー
// 電話番号	() ー

番号	氏名	番号	氏名

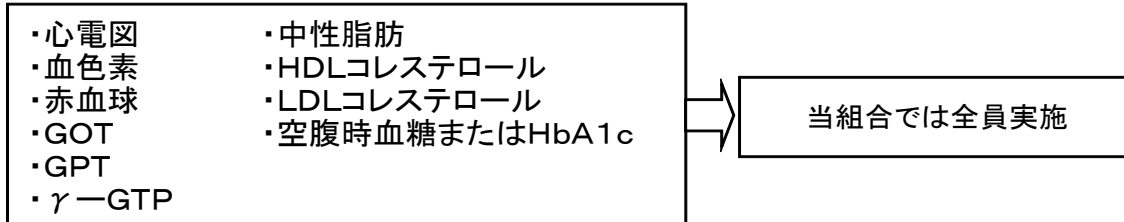
- ※ 健診料の領収書（原本）、請求明細書、健診結果表（コピー可）、標準的な質問票（問診）を添付してください。
健診結果表（健診データ）については、CSV形式又は厚労省指定のXML形式で提出できる場合は、FD又はCDでご提出ください。
- ※ 再検査については、一次健診と同一の健診機関で検査を受けた場合のみ支給。
- ※ 事業所が2か所以上あるときは、この表をコピーして使用してください。

（事業所→健保）

検査項目表

1. 労安法法定健診項目

- ・問診(既往歴及び業務歴の調査)
- ・喫煙歴及び服薬歴
- ・身長(初回のみ必須、以降は20歳以上で医師の判断があれば省略可。)
- ・体重
- ・腹囲(労働安全衛生規則の省略基準に基づき省略可。)
- ・視力
- ・聴力(35歳、40歳を除く45歳未満の者は、医師が適当と認める聴力検査で可)
- ・自覚症状及び他覚症状の有無の検査
- ・血圧 ・尿蛋白 ・尿糖
- ・胸部エックス線検査(労働安全衛生規則の省略基準に基づき省略可。)



2. 特定健診 検査項目 *40歳以上の方は必須項目です。

<基本的な健診の項目>

<p>身長、体重、BMI、腹囲*、既往歴、自覚症状および他覚症状(身体診察)、血圧(収縮期/拡張期)</p> <p>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-GT(γ-GTP)</p> <p>空腹時血糖またはHbA1c、尿糖、尿蛋白、医師の診断(判定)、医師名</p> <p>標準的な質問票(問診)</p>

* 腹囲の測定は、厚生労働大臣が定める基準(BMIが20未満の者、もしくはBMIが22未満で自ら腹囲を測定し、その値を申告した者)に基づき、医師が必要でないとする時は省略可。腹囲の測定に代えて、内臓脂肪面積の測定でも可。

<詳細な健診の項目>

心電図検査、眼底検査、貧血検査(赤血球数、血色素量、ヘマトクリット)

【「詳細な健診」項目の選定について】

検査項目	該当者
貧血検査	貧血の既往歴を有する者又は視診等で貧血が疑われる者
心電図検査及び眼底検査	<p>前年度の特定健康診査の結果等において、次の①～④の全ての項目に該当する者。</p> <p>①血糖 : 空腹時血糖値が100mg/dl以上 又は HbA1cが5.6%以上</p> <p>②脂質 : 中性脂肪の値が150mg/dl以上 又は HDLコレステロールが40mg/dl未満</p> <p>③血圧 : 収縮期血圧が130mmHg以上 又は 拡張期血圧が85mmHg以上</p> <p>④肥満 : 腹囲が男性$\geq 85\text{cm}$、女性$\geq 90\text{cm}$ (内臓脂肪面積の測定ができる場合は、内臓脂肪面積が100cm^2以上) 又は BMI≥ 25</p>

※詳細な健診を実施する場合は、当該項目を実施する理由を健診結果に明記し、判断した医師名を付記してください。

【標準的な質問票（問診）】

（巡回様式 1 2 表面）

※回答欄の該当箇所に○を付してください。

記号 _____ 番号 _____ 氏名 _____

質問項目		回答	
1-3	現在、a. からc. の薬の使用の有無（医師の判断、治療のもとで服薬中のもの）	①はい	②いいえ
1	a. 血圧を下げる薬	①はい	②いいえ
2	b. 血糖を下げる薬またはインスリン注射	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。	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ヶ月間吸っている 条件2：生涯で6ヶ月以上吸っている、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ヶ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また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はい	②時々 ③ほとんど摂取しない
17	朝食を抜くことが週3回以上ある。	①はい	②いいえ
18	お酒（清酒、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）	
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）	①1合未満 ②1～2合未満 ③2～3合未満 ④3～5合未満 ⑤5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ようと思いませんか。	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、少しずつ始めている 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