

- 健診に要した費用の領収書（原本）・健診結果表(写し)・特定健診受診券を添付してください。
- 2、3枚目の質問票の記入も必ずお願いします。（未記入の場合、申請受付できません）

支出決定			支給日	令和 年 月 日
常務理事	事務長	係		
			支給金額	円

契約医療機関外健診補助金申請書

保険証記号番号	芸 ー	被保険者名	
受診日	年 月 日	健診機関の名称 (病院名)	
自己負担金額	円		
<p>上記のとおり契約医療機関外健診補助金を申請します。</p> <p>令和 年 月 日 〒 TEL</p> <p>住所.....</p> <p>組合員 (事業主) 氏名..... 印</p> <p>京都芸術家国民健康保険組合理事長 様</p>			
振込先	銀行（店番） 信金 支店 普・当・貯蓄 口座番号.....		<お願い> ※口座があればゆうちょ銀行を指定に フリガナ..... 口座名義人.....
委任の欄	この欄は補助金の受領を申請者(組合員)以外の口座に振込む場合に記入してください。	給付金の受領を（ ）に委任します。 令和 年 月 日 組合員氏名..... 印	

申請期限 受診日の属する年度末(3月31日)必着

質問票

記入日 年 月 日

保険者番号	保険者名
263012	京都芸術家国民健康保険組合

保険証記号番号	芸 ー
受診者名	

No.	質問項目	選択肢	回答欄
1	現在、血圧を下げる薬を使用していますか。	① はい ② いいえ	
2	現在、インスリン注射 または 血糖を下げる薬を使用していますか。	① はい ② いいえ	
3	現在、コレステロールや中性脂肪を下げる薬を使用していますか。	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、治療を受けたりし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、治療を受けたりし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、貧血と言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。 ※「現在、たばこを習慣的に吸っている者」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以上増加していますか。	① はい ② いいえ	
10	1回30分以上軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上継続して実施していますか。	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時間以上実施していますか。	① はい ② いいえ	
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩くのが速いですか。	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ですか。	① 速い ② 普通 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	朝夕昼の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	朝食を抜く事が週に3回以上ありますか。	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)	

No.	質問項目	選択肢	回答欄
19	<p>飲酒日の1日当たりの飲酒量は。</p> <p>日本酒1合(アルコール度数15度・180ml)の目安</p> <p>ビール(同5度・500ml)</p> <p>焼酎(同25度・約110ml)</p> <p>ワイン(同14度・約180ml)</p> <p>ウイスキー(同43度・60ml)</p> <p>缶チューハイ(同5度・約500ml、同7度・約350ml)</p>	<p>① 1合未満</p> <p>② 1～2合未満</p> <p>③ 2～3合未満</p> <p>④ 3～5合未満</p> <p>⑤ 5合以上</p>	
20	睡眠で休息が十分にとれていますか。	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思っていますか？	<p>① 改善するつもりはない</p> <p>② 概ね6ヶ月以内に改善するつもりである</p> <p>③ 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</p> <p>④ すでに改善に取り組んでいる(6ヶ月未満)</p> <p>⑤ すでに改善に取り組んでいる(6ヶ月以上)</p>	
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	

契約医療機関外健診補助金実施要項

対象者 : 芸国に加入している**40歳以上**の被保険者
(年度内に満年齢で40歳になられる方も含みます)

実施期間 : 通年

申請期限 : 受診日の属する年度末(3月31日)必着
※申請期限を過ぎた場合は補助できません。ご注意ください。

補助額 : 年度内1名につき20,000円を上限に1回補助
(費用が20,000円に満たない場合は実費分を補助。)

健診費用(特定健診も含む)はすべて自費でお支払いください。

※補助できるのは**特定健康診査の検査内容が含まれている健診の費用のみ**です。
(脳ドック、肺ドック、PET検査も特定健診の検査項目が含まれていれば補助できます)

※今年度中に今回の健診以外に人間ドックや大協・京協集団健診など**特定健診を含む健診を受診されている方は補助できません。**

※**契約医療機関で人間ドック以外の健診を受けられた場合、補助はできません。**
(契約医療機関では人間ドック(ミニドック含む)を受診してください)

申請方法

○芸術家国保まで下記の書類を提出してください。

①**契約医療機関外健診補助金申請書**(2、3枚目の質問票も必ず送付してください)

②**領収書(原本)**

※受診者名(フルネーム)、領収金額、領収内容(人間ドック等)が記載されているもの。

③**健診結果表(写し)**

④**特定健診受診券(原本)**

※申請者は必ず**組合員(事業主)**名でお願いします。

※助成金の**振込指定口座名義が申請者と異なる場合は委任の欄の記入、捺印が必要**です。

※健診を受診される際は**特定健診受診券を医療機関に提出しないでください。**
(特定健診単独受診となり、契約医療機関外健診の補助対象外となります)

◇特定健診の検査内容

診察	問診(身体診察)
身体測定	身長、体重、BMI、腹囲測定
血圧測定	血圧測定
血液検査	中性脂肪、HDLコレステロール値、LDLコレステロール値
	空腹時血糖又はHbA1c又は随時血糖(やむを得ず空腹時以外にHbA1cを測定しない場合で食直後を除く)
	GOT(AST)、GPT(ALT)、 γ -GTP(GTP)
尿検査	尿糖、尿蛋白