

- 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 style="text-align: center;">住所.....</p> <p style="text-align: center;">組合員 (事業主)</p> <p style="text-align: center;">氏名..... 印</p> <p style="text-align: center;">京都芸術家国民健康保険組合理事長 様</p>			
振 込 先	<p style="text-align: center;">銀行 (店番) 信金 支店</p> <p style="text-align: center;">普・当・貯蓄 フリガナ</p> <p>口座番号..... 口座名義人.....</p>		
委任の欄	<p>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。</p>	<p>給付金の受領を () に委任します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">組合員氏名..... 印</p>	

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る。	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る。	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る。	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る。	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る。	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)を受けている。	① はい ② いいえ	
7	医師から、貧血と言われたことがある。	① はい ② いいえ	
8	現在、たばこを習慣的に吸っている。	① はい ② いいえ	
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る。	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る。	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。	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 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回以上ある。	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回以上ある。	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	① 毎日 ② 時々 ③ ほとんど飲まない(飲めない)	
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量。	① 1合未満 ② 1~2合未満 ③ 2~3合未満 ④ 3合以上	
20	睡眠で休息が十分にとれている。	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っていますか？	① 改善するつもりはない ② 概ね6ヶ月以内に改善するつもりである 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 ④ すでに改善に取り組んでいる(6ヶ月未満) ⑤ すでに改善に取り組んでいる(6ヶ月以上)	
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	

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
	GOT(AST)、GPT(ALT)、 γ -GTP(GTP)
尿検査	尿糖、尿蛋白