注）この用紙は医療機関に提出しないでください。　2026.4.1

特定健康診査補助金支給申請書　（個人申請用）

被保険者番号（8桁）	○○○○○○○○	受診者氏名	国保　花子
健診を実施した医師の氏名	薬剤　二郎	受診年月日	令和 ○年 ○月○○日
受診医療機関名	○○○○○病院		
受診医療機関所在地	●●●●●●●●●		

健診結果に項目漏れがないか再度、ご確認ください。
身長・体重・腹囲・尿検査等が記入漏れになっていることが多いためご注意ください。

注）1.申請の際は、必ず下記の書類を添付してくだ

①健診結果(写)　②質問票(記入済み)　③ 特

注）2.健診結果に**下記の項目が含まれていない場合は**、必ずご記入ください。

既往歴	有・(無)（　）			中性脂肪	（　●●　）mg/dl
自覚症状	有・(無)（　）			HDLｺﾚｽﾃﾛｰﾙ	（　●●　）mg/dl
他覚症状	有・(無)（　）			LDLｺﾚｽﾃﾛｰﾙ	（　●●　）mg/dl
身長・体重	（　○○○　）cm	（　○○　）kg		AST(GOT)	（　○○　）U/l
腹囲	（　○○　）cm	BMI	○○	ALT(GPT)	（　○○　）U/l
血圧	（　○○　）mmHg/（　○○　）mmHg			γ－GTP	（　○○　）U/l
空腹時血糖	（　●●　）mg/dl			尿たんぱく	(－)、±、＋、＋＋、＋＋＋
ＨｂＡ1ｃ	（　●●　）%			尿糖	－、(±)、＋、＋＋、＋＋＋

振込先	金融機関名	店　名	種目	口座番号
	フリガナ			
	口　座　名			

個別振り込みになります。複数人分をまとめて振り込みを希望される場合は、その旨をご記入ください

上記の通り受診しましたので、**健診結果(写)、質問票(記入済)、特定健診受診券(40歳以上のみ原本)**を添付して特定健康診査補助金3,000円を申請いたします。

令和　　年　　月　　日

〒

組合員（申請者）　住　所

氏　名　　国保　花子　　TEL（　092　）●●● － ●●●●

福岡県薬剤師国民健康保険組合理事長　殿

上記の通り決定してよろしいですか。

決裁	理事長	副理事長	常務理事	事務長	経理	担当
	令和　　年　　月　　日支給					

受付印

注）この用紙は医療機関に提出しないでください。　　2026.4.1

特定健康診査補助金支給申請書 （個人申請用）

被保険者番号（8桁）		受診者氏名	
健診を実施した 医師の氏名		受診年月日	令和　　年　　月　　日
受診医療機関名			
受診医療機関所在地			

注）1.申請の際は、必ず下記の書類を添付してください。（③は該当者のみ）

①健診結果(写)　②質問票(記入済み)　③ 特定健診受診券(40歳以上の方のみ原本)

注）2.健診結果に**下記の項目が含まれていない場合は**、必ずご記入ください。

既 往 歴	有・無 （　　）			中 性 脂 肪	（　　）mg/dl
自覚症状	有・無 （　　）			HDLｺﾚｽﾃﾛｰﾙ	（　　）mg/dl
他覚症状	有・無 （　　）			LDLｺﾚｽﾃﾛｰﾙ	（　　）mg/dl
身長・体重	（　　）cm	（　　）kg		AST(GOT)	（　　）U/l
腹　　囲	（　　）cm	BMI		ALT(GPT)	（　　）U/l
血　　圧	（　　）mmHg/（　　）mmHg			γ － GTP	（　　）U/l
空腹時血糖	（　　）mg/dl			尿たんぱく	－、±、＋、＋＋、＋＋＋
ＨｂＡ1ｃ	（　　）%			尿　　糖	－、±、＋、＋＋、＋＋＋

振込先	金融機関名	店　名	種目	口座番号
			普通	
	フリガナ			
	口　座　名			

上記の通り受診しましたので、**健診結果(写)、質問票(記入済)、特定健診受診券(40歳以上のみ原本)**を添付して特定健康診査補助金3,000円を申請いたします。

令和　　年　　月　　日

〒

組合員（申請者）　住　所

氏　名　　TEL（　　）　　－

福岡県薬剤師国民健康保険組合理事長　殿

上記の通り決定してよろしいですか。

決裁	理事長	副理事長	常務理事	事務長	経理	担当
	令和　　年　　月　　日支給					

受付印

質　問　票

保険者番号	保　険　者　名
304	福岡県薬剤師国民健康保険組合

氏　名	
生年月日	
記入日	

※ 各自ご記入下さい

NO	質問項目	選択肢	回答欄
1-3	現在、aからcの薬の使用の有無		
1	a.　血圧を下げる薬	①はい　②いいえ	
2	b.　血糖を下げる薬又はインスリン注射	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）にかかっていると言われたり、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）にかかっていると言われたり、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又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毎日　②時々 ③ほとんど摂取しない	
17	朝食を抜くことが週に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てみようと思いますか。	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か月以内) ③近いうち(概ね1か月以内)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	

2026 4.1

特定健康診査補助金支給申請書(事業所申請用)　記入例

薬局名	フクオカ　薬局 / 調剤薬局	受診医療機関名	●●●●●病院
		健診を実施した医師の氏名	●●　●●●

No.	被保険者番号	受診者氏名	No.	被保険者番号	受診者氏名
1	〇〇〇〇〇〇	国保　太郎	11		
2	〇〇〇〇〇〇	福岡　二郎	12		
3	〇〇〇〇〇〇	山田　花子	13		
4			14		
5			15		
6			16		
7			17		
8			18		
9			19		
10			20		

事業所健診の場合は、こちらの申請書をご使用ください。（40歳未満を含む）

20名以上になる場合は、用紙をコピーしてご使用ください。

結果データ1件につき　3,000　円　×　対象者　**3**　名　＝　**9,000**　円

振込先	金融機関名	店　名	種目	口座番号
	フリガナ			
	口　座　名			

事業所の口座をご記入ください

労働安全衛生法に基づく健診を実施しましたので、**健診結果(写)、質問票（記入済）、特定健診受診券(40歳以上のみ原本)**を添付して上記対象者の補助金を申請いたします。

令和　　年　　月　　日

1種組合員　氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

TEL（　　）　　－

福岡県薬剤師国民健康保険組合理事長　殿

上記の通り決定してよろしいですか。

決裁	理事長	副理事長	常務理事	事務長	経理	担当
	令和　　年　　月　　日支給					

受付印

2026.4.1

特定健康診査補助金支給申請書(事業所申請用)

薬局名	薬　局 調剤薬局	受診医療機関名	
		健診を実施した医師の氏名	

No.	被保険者番号	受診者氏名	No.	被保険者番号	受診者氏名
1			11		
2			12		
3			13		
4			14		
5			15		
6			16		
7			17		
8			18		
9			19		
10			20		

結果データ1件につき　3,000 円　×　対象者　　名　＝　　円

振込先	金融機関名	店　名	種目	口座番号
			普通	
	フリガナ			
	口　座　名			

労働安全衛生法に基づく健診を実施しましたので、**健診結果(写)、質問票（記入済）、特定健診受診券(40歳以上のみ原本)**を添付して上記対象者の補助金を申請いたします。

令和　　年　　月　　日

1種組合員　氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ＴＥＬ（　　）　　－

福岡県薬剤師国民健康保険組合理事長　殿

上記の通り決定してよろしいですか。

決裁	理事長	副理事長	常務理事	事務長	経理	担当
	令和　　年　　月　　日支給					

受付印