

注) この用紙は医療機関に提出しないでください。

2024.5.1

特定健康診査補助金支給申請書（個人申請用）

被保険者証番号（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	－、±、＋、＋＋、＋＋＋
H b A 1 c	()%		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、特定健診受診券(原本)、健診結果(写)、質問票(記入済み)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 住 所
(申請者) _____
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	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	