

# 特定健康診査 受診料請求書(立替分)

受診者記入面

特定健康診査を受診される皆様

「特定健康診査(以下、健診という)」を受診するにあたり、下記4点についてご確認をお願いします。

- ① 健診が受診できる方は、40～74歳の被扶養者(家族)です。
- ② 同一年度内に当健保が実施する「人間ドック」「レディースドック」を受診された方(または受診予定のある方)は、受診いただくことが出来ません。
- ③ 医療機関受診の際は、本書裏面を医療機関の窓口へご提出いただき、**基本項目の検査をご受診ください。**  
**なお、医師が必要と判断した場合は、詳細項目も実施してください。**  
**\*裏面以外の項目を受診されますと、受診料のお支払いが出来ません。**
- ④ 健診費用は、医療機関の窓口で全額お支払いいただいた後、本書太枠内に必要事項をご記入の上、「領収書(原本)」「質問票」を添付し、健保へご提出下さい。健診にかかった費用の全額を補助致します。

その他ご不明な点がありましたら、下記までお問合せ下さい。

豊田合成健康保険組合 担当:秋本 TEL:0587-23-6661

## 1. 申請者情報

申請日: 年 月 日

健康保険証	記号	番号	被保険者氏名 (従業員氏名)	
事業所名 (会社名)			内線番号	
所属	地域		部署	
			部	課・室

## 2. 受診者情報

\*日中、連絡可能な電話番号も必ずご記入下さい

受診者氏名			被保険者との続柄	
生年月日 (西暦)	西暦	年 月 日	電話番号 (受診者本人)	
住所				

## 3. 受診料の請求

\*振込口座は被保険者(従業員)の口座をご記入下さい。(ゆうちょ銀行以外)

銀行名	銀行 金庫 農協	支店名	本店 支店 出張所
預金種別	普通 ・ 当座	口座番号	
フリガナ		受診料	円
口座名義人 (従業員)			

## 4. 提出物の確認

チェック	提出物	[健保記入欄]		
<input type="checkbox"/>	特定健康診査受診料請求書(本書) *裏面の健診結果(基本項目)が 全て記載されているかどうかご確認下さい	受付日	入力日	支払日
<input type="checkbox"/>	特定健康診査質問票			
<input type="checkbox"/>	領収書(原本)		<input type="checkbox"/> 特保システム入力 <input type="checkbox"/> ドックシステム入力	

# 特定健康診査 受診結果通知書

医療機関記入面

ご担当者様

来院された当健保加入者の方へ「特定健康診査(以下、健診という)」の実施をお願いします。  
健診実施にあたっては、下記2点についてご理解ご協力をお願いします。

- 健診では、下記「基本項目」に記載の検査を実施いただき、その結果を直接本書へご記入ください。  
**※詳細項目は医師が必要と判断した場合のみ実施。また、検査項目毎に実施理由もご記入ください。**
- 当健保は「特定健康診査受診券(集合契約)」を発行しておりません。  
そのため、健診にかかる費用は全額受診者へご請求下さい。後日、受診者は当健保へ費用請求を行う際、「領収書(原本)」が必要となりますので、必ず1枚にまとめて発行をお願いします。

ご不明な点がありましたら、下記までお問合せ下さい。

豊田合成健康保険組合 担当:秋本 TEL:0587-23-6661

健診年月日	西暦	年	月	日
受診者氏名		既往歴		
理学的所見		自覚症状		

## 基本項目

項目		結果	項目		結果
身体測定	身長 (cm)		脂質検査	中性脂肪 (mg/dl)	
	体重 (kg)			HDL-コレステロール (mg/dl)	
	腹囲 (cm)			LDL-コレステロール (mg/dl)	
	B M I		肝機能検査	G O T (IU/l)	
血圧	収縮期血圧 (mmHg)			G P T (IU/l)	
	拡張期血圧 (mmHg)			$\gamma$ -G T P (IU/l)	
血糖検査	空腹時血糖 (mg/dl)		尿検査	糖	
	ヘモグロビン A1c (%)			蛋白	

## 詳細項目

\* 詳細項目を実施する場合は、検査項目毎に実施理由も記入してください

項目	結果	実施理由
貧血検査	ヘマトクリット値 (%)	
	血色素量 (g/dl)	
	赤血球数 (万/mm <sup>3</sup> )	
血清クレアチニン		
心電図検査 所見		
眼底検査 所見		

医師の判断	上記の通り診断致します。 住所 医院名 健診機関番号 医師
-------	---

# 特定健康診査 質問票

(下記内容はすべて必須となりますので、太枠内 記入モレのないようお願いいたします)

本質問票は、健診結果と一緒に  
健康保険組合へ送付ください

保険証記号		保険証番号					
受診者名	(フリガナ: )						続柄
							<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族
生年月日	西暦	年	月	日生	(	才)	
住所	〒						
TEL	上記受診者と日中連絡の可能な連絡先 (携帯可)						

健診受診日	
西暦	
年	月 日

健保使用欄	
受付日	<input type="checkbox"/> 健診結果表
	<input type="checkbox"/> 特保 S
	<input type="checkbox"/> ドック S
	<input type="checkbox"/> ( )

\* 質問 1~22 全て回答ください。(該当する回答に  してください)

	質問項目	回答欄
1	現在、「血圧」を下げる薬を服用していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2	現在、「インスリン注射」または「血糖」を下げる薬を服用していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3	現在、「コレステロール」や「中性脂肪」を下げる薬を服用していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
7	医師から、貧血といわれたことがありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
8	現在、たばこを習慣的に吸っていますか  <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: fit-content;">                     「現在、習慣的に喫煙している」とは、「合計 100 本以上、又は 6 ヶ月以上吸っている人」であり、最近 1 ヶ月間も吸っている人                 </div>	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 以前は吸っていたが、最近 1 か月間は吸っていない <input type="checkbox"/> いいえ
9	20 才の時の体重から 10kg 以上増加していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

→裏面に続く

	質問項目	回答欄
10	1回30分以上の軽く汗をかく運動(*1)を週2日以上、1年以上継続して行っていますか  <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;">           (*1) 余暇時間に目的を持って行う身体活動            (例: ウォーキングやジョギング、ランニング、体操など各種スポーツ、体カづくり等)         </div>	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
11	日常生活において歩行又は同等の身体活動(*2)を1日1時間以上(*3)行っていますか  <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;">           (*2) 家事、仕事、移動等の日常生活での歩行や運動            (*3) 歩数に換算すると1日8,000歩相当         </div>	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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と思いますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 何でもかんで食べることができる <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> ほとんどかめない
14	人と比較して食べる速度が速いと思いますか	<input type="checkbox"/> 速い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ほとんど摂取しない
17	朝食を抜くことが週に3回以上ありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
18	お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度はどれくらいですか  <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;">           「やめた」とは、過去月1回以上の習慣的な飲酒歴があった人が、最近1年以上酒類を摂取していない人         </div>	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週5～6日 <input type="checkbox"/> 週3～4日 <input type="checkbox"/> 週1～2日 <input type="checkbox"/> 月に1～3日 <input type="checkbox"/> 月に1日未満 <input type="checkbox"/> やめた <input type="checkbox"/> 飲まない(飲めない)
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量はどのくらいですか  <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;">           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)         </div>	<input type="checkbox"/> 1合未満 <input type="checkbox"/> 1～2合未満 <input type="checkbox"/> 2～3合未満 <input type="checkbox"/> 3～5合未満 <input type="checkbox"/> 5合以上
20	睡眠で休養が十分とれていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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せんか	<input type="checkbox"/> 改善するつもりはない <input type="checkbox"/> 改善するつもりである(概ね6か月以内) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる(6か月未満) <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

質問は以上です。健診結果と一緒に健康保険組合へ送付ください。

【送付先：492-8153 愛知県稲沢市井之口町中四反畑 4500 豊田合成健康保険組合】