

## 人間ドック補助費申請書

【ご注意】東振協の利用券を使って人間ドックを受けられた方は、基本ドックの補助を受けておりますので、追加検査補助のみの申請になります。

記入日	令和 年 月 日	※太枠内のみご記入下さい		
記号	番号 (右詰め)	被保険者氏名	事業所名称	
			日中の連絡先 ( )	
受診者	氏名	昭和 年 月 日 (満 歳)	本人 家族	
	病院名			
	受診日	令和 年 月 日	検査費用 (税込)	円

添付書類	受診内容	年度末の年齢	添付書類 (すべて添付してください)
	基本ドック※1 脳ドック※2	40歳未満	①領収書原本(注:受診者名、受診日、検査項目費用及び費用の内訳の記載があるもの) ②結果表(写し)
		40歳以上	①領収書原本(注:受診者名、受診日、検査項目費用及び費用の内訳の記載があるもの) ②結果表(写し) ③問診票
	PETのみ 追加検査のみ	—	①領収書原本(注:受診者名、受診日、検査項目費用及び費用の内訳の記載があるもの)

対象者	パレット健康保険組合の被保険者・被扶養者 ※令和5年3月31日以前の受診					
補助金額	補助対象となる検査		補助額	上限		
	・基本ドック※1	・脳ドック※2	・PET	いずれか	検査費用(税込)の30%	10,000円
	・追加検査	がん・腫瘍マーカー・肝炎ウイルス・甲状腺・動脈硬化・循環器・胃(十二指腸)		検査費用(税込)の30%	5,000円	
※1.日本人間ドック学会基準の検査項目を満たしている検査。検査方法の変更等による追加費用は対象外です。 ※2.日本脳ドック学会基準を満たしている検査。基本検査を含まない脳単独検査は追加検査の対象となります。 ※3.補助額は検査項目、領収書に記載されている内訳を基に算定いたします。						
補助回数	年1回。受診期間は4/1～翌年3/31まで					
支給日	毎月25日(土日祝の場合は前営業日)までの受付分を翌月会社へお振込みいたします。 不備がある場合は翌々月以降になります。					
申請書送付先	各社人事、またはパレット健康保険組合					
お問い合わせ先	パレット健康保険組合 TEL03-3984-7171 〒171-0022 東京都豊島区南池袋 1-10-13 荒井ビル2階					
・健診結果(特定健診項目)は個人専用健康ポータルサイト「MY HEALTH WEB」に掲載いたします。 ・健康保険組合と事業主は、受領した健診結果に基づき、疾病予防、健康保持増進のための保健指導を実施いたします。 ・本書面及び添付書類に記載された内容や本申請において知り得た個人情報について他の目的のために利用したり第三者に提供することはありません。						

## 【健保使用欄】

病院コード	算定	基本・脳・PET	円×30%= 円	支給額
		追加検査	円×30%= 円	円

--	--	--	--

支払日	受付日

この問診票は、特定健診対象者（40歳以上）で基本ドックを受診した方、または脳ドックを受診した方全員ご記入の上、人間ドックの結果表（写し）とともに人間ドック補助費申請書に添付して提出下さい。※東振協D1コースや、がん検診のみ受診した方は提出不要です。

## 問 診 票

記 号		番 号		健診年月日	令 和	年	月	日
フリガナ				生年月日	昭 和	年	月	日
氏 名				性別／年齢	男	・	女	／ 歳

■ 回答欄の該当する番号に☑印を記入してください。

	質問項目	回答
1	血圧を下げる薬の使用の有無	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2	血糖を下げる薬又はインスリン注射の使用の有無	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3	コレステロールや中性脂肪を下げる薬の使用の有無	<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）にかかっていると言われたり、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）にかかっていると言われたり、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言われたり、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る。	<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る。 （※「現在習慣的に喫煙している者」とは、「合計 100 本以上、又は 6ヶ月以上吸っている者」であり、最近 1ヶ月間も吸っている者）	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
9	20歳の時の体重から 10kg 以上増加している。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
10	1回 30分以上の軽く汗をかく運動を週 2回以上、1年以上実施。	<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を 1日 1時間以上実施。	<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。	<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"/> 歯や歯茎、かみ合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。	<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回以上ある。	<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回以上ある。	<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	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 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 日本酒 1合（180ml）の目安：ビール 500ml、焼酎 25 度（110ml）、ウイスキーダブル 1杯（60ml）、ワイン 2杯（240ml）	<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合以上
20	睡眠で休養が十分とれている。	<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ヶ月以内） <input type="checkbox"/> 近いうちに（概ね 1ヶ月以内） 改善するつもりで、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保健指導を受ける機会があれば、利用しますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ