

平成24年3月14日

事業主様

兵庫県建築健康保険組合

平成24年度保健事業に係る諸用紙の送付について

平素は、当健康保険組合の事業運営について、格別のご理解とご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、標記のことについて、別添のとおり送付（各1部）しますので、被保険者・被扶養者への周知について、ご高配を賜りますよう、よろしくお願いいたします。

記

- 平成24年度 特定健康診査に係る定期健康診断補助金請求書  
受診者名簿 [ 特定健康診査に係る定期健康診断補助金請求用 ]  
受診者名簿 [ 特定健康診査に係る定期健康診断補助金請求用 ]  
質問票  
特定健康診査の健診項目
- 平成24年度 癌検診補助金請求書  
癌検診補助金請求書（任意継続被保険者用）
- 平成24年度 インフルエンザ予防接種補助金請求書  
インフルエンザ予防接種補助金請求書（任意継続被保険者用）  
「職場の健康づくり」のご案内

支給決定伺	支給決定金額	常務理事	事務長	課長	係
平成 年 月 日	¥				

平成24年度	款	保健事業費	項	保健事業費	目	特定健康診査事業費
--------	---	-------	---	-------	---	-----------

### 特定健康診査に係る定期健康診断補助金請求書

健康保険被保険者証の記号	
事業所名称	
事業所所在地	
連絡先	担当者氏名 (印) 電話 ( )
実施医療機関の名称	
実施年月日	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
実施人数	人
実際に要した費用の合計金額	円 X M L データ作成費用分 円 (別掲)
補助金請求金額	円

上記のとおり特定健康診査に係る定期健康診断を実施しましたので、補助金を請求します。

平成 年 月 日

事業所所在地・名称

事業主氏名 (印)

兵庫県建築健康保険組合理事長 様

払渡希望の銀行名	預金種別	当座・普通	(フリガナ)
銀行 支店	口座番号		名義人

(留意事項)

- 平成24年度分の労働安全衛生法に基づく特定健康診査に係る定期健康診断に要した費用を対象として補助します。
- 平成24年度における特定健康診査実施対象被保険者1人当たり5,000円以内の実費に、健診結果データをX M Lにより作成した費用の実費を加算した額を補助します。
- 実施医療機関は、事業主が希望する健診実施医療機関とします。
- この請求書は、次の書類等を添付し、原則として平成25年2月28日までに兵庫県建築健康保険組合に提出してください。
  - 所定の受診者名簿 (受診者が5名の場合は、受診者名簿のみで差し支えありません。)
  - 健診結果データ [特定健診に係る国の電子的標準様式(X M L)により作成したフロッピー(健診実施医療機関に依頼を要する。)]又は紙の健診結果データとし、質問票を必ず添付してください。]

## 受診者名簿〔特定健康診査に係る定期健康診断補助金請求用〕

受診年月日	被保険者番号	被保険者氏名	生年月日	特定健康診査の健診項目の受診もれの有無	実際に要した費用の額	補助金請求額	担当者確認印
・ ・			昭和 年 月 日	1. 無 2. 有 ( )	円	円	
・ ・			昭和 年 月 日	1. 無 2. 有 ( )	円	円	
・ ・			昭和 年 月 日	1. 無 2. 有 ( )	円	円	
・ ・			昭和 年 月 日	1. 無 2. 有 ( )	円	円	
・ ・			昭和 年 月 日	1. 無 2. 有 ( )	円	円	
・ ・			昭和 年 月 日	1. 無 2. 有 ( )	円	円	
・ ・			昭和 年 月 日	1. 無 2. 有 ( )	円	円	
・ ・			昭和 年 月 日	1. 無 2. 有 ( )	円	円	
・ ・			昭和 年 月 日	1. 無 2. 有 ( )	円	円	
計					円	円	

**(留意事項)**

1. 平成 24 年度において、40 歳以上 75 歳未満の年齢に達する被保険者を補助の対象とします。なお、平成 24 年 4 月 2 日以降の被保険者資格取得者、平成 24 年 4 月 2 日以降の被保険者資格喪失者について、健診日に被保険者である者は、補助の対象とします。
2. 「特定健康診査の健診項目の受診もれの有無」欄は、該当する数字に 〇 を入れてください。なお、受診もれ有の場合は、もれている健診項目を ( ) 内に記入してください。



記号番号	.
受診者氏名	本人 家族

## 質 問 票

	質 問 項 目	回 答
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	はい いいえ
2	b . インスリン注射又は血糖を下げる薬	はい いいえ
3	c . コレステロールを下げる薬	はい 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りますか。	はい 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りますか。	はい いいえ
6	医師から、慢性の腎不全にかかっているといわれたり、治療（人工透析）を受けたりしたことがありますか。	はい いいえ
7	医師から、貧血といわれたことがありますか。	はい 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）	はい いいえ
9	20 歳の時の体重から 10kg 以上増加している。	はい 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	はい 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	はい 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。	はい いいえ
13	この 1 年間で体重の増減が ± 3 kg 以上あった。	はい いいえ
14	人と比較して食べる速度が速い。	速い ぶつう 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。	はい いいえ
16	夕食後に間食（3 食以外の夜食）をとることが週に 3 回以上ある。	はい いいえ
17	朝食を抜くことが週に 3 回以上ある。	はい いいえ
18	お酒（清酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度	毎日 時々 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 清酒 1 合（180ml）の目安： ビール中瓶 1 本（約 500ml）、焼酎 35 度（約 80ml）、 ウィスキーダブル 1 杯（60ml）、ワイン 2 杯（240ml）	1 合 1 ~ 2 合未満 2 ~ 3 合未満 3 合以上
20	睡眠で休養が十分とれている。	はい 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。	改善するつもりはない 改善するつもりである（概ね 6 ヶ月以内） 近いうちに（概ね 1 ヶ月以内）改善するつもりであり、少しずつ始めている 既に改善に取り組んでいる（6 ヶ月未満） 既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。	はい いいえ

## 特定健康診査の健診項目

診 察	質問（問診）	別紙質問票のとおり	
	身体計測	身長	
		体重	
		腹 囲	
		B M I	
	理学的所見（身体診察）		
血 圧			
血中脂質検査	中性脂肪		
	HDL-コレステロール		
	LDL コレステロール		
肝機能検査	AST（GOT）		
	ALT（GPT）		
	-GT（-GTP）		
血糖検査	空腹時血糖		
	ヘモグロビンA1c（HbA1c）		
尿 検 査	蛋白		
	糖		
貧血検査	ヘマトクリット値		
	血色素量（ヘモグロビン値）		
	赤血球数		
心 電 図 検 査			
眼 底 検 査（両眼）			

...必須項目

...いずれかの項目の実施で可

...医師の判断に基づき選択的に実施する項目

支給決定日	支給決定金額	常務理事	事務長	課長	係
平成 年 月 日	¥				

平成24年度	款	保健事業費	項	保健事業費	目	疾病予防費
--------	---	-------	---	-------	---	-------

乳癌・子宮頸癌・肺癌・大腸癌・胃癌・腫瘍マーカー（PSA・CEA・AFP・CA19-9・CA125）

癌 検 診 補 助 金 請 求 書

被保険者証の記号・番号	事業所の所在地・名称				
記号	所在地				
番号	名称				
被保険者氏名					
受診者氏名・続柄	氏名			続柄	
癌検診を受診した医療機関の所在地・名称、受診した年月日並びに支払金額	医療機関	所在地			
		名称			
		受診年月日	平成	年	月 日
		支払金額	¥		

上記のとおり 乳癌・子宮頸癌・肺癌・大腸癌・胃癌・腫瘍マーカー（PSA・CEA・AFP・CA19-9・CA125）検診を受診しましたので、補助金を請求します。

平成 年 月 日

兵庫県建築健康保険組合理事長 様

〒

-

被保険者住所

被保険者氏名

印

委任欄	この補助金の受領を下記代理人に委任します。	平成 年 月 日
	被保険者氏名	印
	代理人 〔 事業所所在地及び 名称・事業主氏名 〕	（上記の請求書印と同一印） 印

払渡希望の銀行名	預金種別	当座・普通	(フリガナ) 名義人
銀行 支店	口座番号		

(留意事項)

- 被保険者及び平成24年4月1日現在、30歳（子宮頸癌検診は20歳）以上の被扶養者を対象として、癌検診費用の一部を補助します。該当する癌名等に を付けてください。
- 乳癌検診・子宮頸癌検診・肺癌検診・大腸癌検診・胃癌検診・腫瘍マーカー（PSA・CEA・AFP・CA19-9・CA125）を受診した場合、1癌検診（1腫瘍マーカー）ごとに、1人当たり3,000円以内の実費を補助します。なお、保険診療として癌検査を実施した場合は、補助の対象になりませんので、ご留意願います。
- 受診医療機関は、被保険者・被扶養者が希望する検診実施機関です。
- この請求書は、1癌検診（1腫瘍マーカー）ごとに、事業主を経由して、領収書（コピー可。レシート不可。）を添付し、平成25年2月28日までに兵庫県建築健康保険組合に提出してください。
- 補助金は、事務費の軽減等を図るため、事業所の所定の口座にまとめて振込みをさせていただきます。

(任意継続被保険者用)

支給決定伺	支給決定金額	常務理事	事務長	課長	係
平成 年 月 日	¥				

平成24年度	款	保健事業費	項	保健事業費	目	疾病予防費
--------	---	-------	---	-------	---	-------

乳癌・子宮頸癌・肺癌・大腸癌・胃癌・腫瘍マーカー（PSA・CEA・AFP・CA19-9・CA125）

癌検診補助金請求書

被保険者証の記号・番号		事業所の所在地・名称			
記号	900	所在地			
番号		名称			
被保険者氏名					
受診者氏名・続柄		氏名			続柄
癌検診を受診した医療機関の所在地・名称、受診した年月日並びに支払金額	医療機関	所在地			
		名称			
	受診年月日		平成	年	月 日
	支払金額		¥		

上記のとおり 乳癌・子宮頸癌・肺癌・大腸癌・胃癌・腫瘍マーカー（PSA・CEA・AFP・CA19-9・CA125） 検診を受診しましたので、補助金を請求します。

平成 年 月 日

〒 -

被保険者住所

被保険者氏名

印

兵庫県建築健康保険組合理事長 様

払渡希望の銀行名	預金種別	当座・普通	(フリガナ) 名義人
銀行 支店	口座番号		

(留意事項)

- 被保険者及び平成24年4月1日現在、30歳（子宮頸癌検診は20歳）以上の被扶養者を対象として、癌検診費用の一部を補助します。該当する癌名等に を付けてください。
- 乳癌検診・子宮頸癌検診・肺癌検診・大腸癌検診・胃癌検診・腫瘍マーカー（PSA・CEA・AFP・CA19-9・CA125）を受診した場合、1癌検診（1腫瘍マーカー）ごとに、1人当たり3,000円以内の実費を補助します。なお、保険診療として癌検査を実施した場合は、補助の対象になりませんので、ご留意願います。
- 受診医療機関は、被保険者・被扶養者が希望する検診実施機関です。
- この請求書は、1癌検診（1腫瘍マーカー）ごとに、領収書（コピー可。レシート不可。）を添付し、平成25年2月28日までに兵庫県建築健康保険組合に提出してください。



支給決定伺	支給決定金額	常務理事	事務長	課長	係
平成 年 月 日	¥				

平成24年度	款	保健事業費	項	保健事業費	目	疾病予防費
--------	---	-------	---	-------	---	-------

## インフルエンザ予防接種補助金請求書

事業所の名称					
被保険者証の記号・番号	●				
	氏名	続柄	接種日(1回目)	接種日(2回目)	費用の合計金額
被保険者		本人	平成 年 月 日	平成 年 月 日	円
被扶養者			平成 年 月 日	平成 年 月 日	円
被扶養者			平成 年 月 日	平成 年 月 日	円
被扶養者			平成 年 月 日	平成 年 月 日	円
接種した医療機関名				合計	円
上記のとおりインフルエンザ予防接種を実施しましたので、補助金を請求します。					
兵庫県建築健康保険組合理事長 様				補助金請求金額	円
平成 年 月 日					
〒 -					
被保険者の住所					
被保険者の氏名				(印)	

委任欄	この補助金の受領を下記代理人に委任します。		平成 年 月 日
	被保険者氏名		(印)
	代理人 〔 事業所所在地及び 名称・事業主氏名 〕		(上記の請求書印と同一印)  (印)

払渡希望の銀行名	預金種別	当座・普通	(フリガナ) 名義人
銀行 支店	口座番号		

(留意事項)

- 被保険者・被扶養者を対象として補助します。
- 接種者1人について、1回接種した場合は1,500円以内の実費を、2回接種した場合は3,000円以内の実費をそれぞれ補助します。
- 接種医療機関は、被保険者・被扶養者が希望する医療機関です。
- この請求書は、事業主を経由して、領収書(コピー可。レシート不可。)を添付し、平成25年2月28日までに兵庫県建築健康保険組合に提出してください。
- 補助金は、事務費の軽減等を図るため、事業所の所定の口座にまとめて振込みをさせていただきますので、ご理解とご協力をお願いします。

(任意継続被保険者用)

支給決定伺	支給決定金額	常務理事	事務長	課長	係
平成 年 月 日	¥				

平成24年度	款	保健事業費	項	保健事業費	目	疾病予防費
--------	---	-------	---	-------	---	-------

インフルエンザ予防接種補助金請求書

事業所の名称					
被保険者証の記号・番号	900・				
	氏名	続柄	接種日(1回目)	接種日(2回目)	費用の合計金額
被保険者		本人	平成 年 月 日	平成 年 月 日	円
被扶養者			平成 年 月 日	平成 年 月 日	円
被扶養者			平成 年 月 日	平成 年 月 日	円
被扶養者			平成 年 月 日	平成 年 月 日	円
接種した医療機関名				合計	円
上記のとおりインフルエンザ予防接種を実施しましたので、補助金を請求します。					
兵庫県建築健康保険組合理事長 様				補助金請求金額	円
平成 年 月 日					
〒 -					
被保険者の住所					
被保険者の氏名 <span style="float: right;">印</span>					

払渡希望の銀行名	預金種別	当座・普通	(フリガナ) 名義人
銀行 支店	口座番号		

(留意事項)

- 被保険者・被扶養者を対象として補助します。
- 接種者1人について、1回接種した場合は1,500円以内の実費を、2回接種した場合は3,000円以内の実費をそれぞれ補助します。
- 接種医療機関は、被保険者・被扶養者が希望する医療機関です。
- この請求書は、領収書(コピー可。レシート不可。)を添付し、平成25年2月28日までに兵庫県建築健康保険組合に提出してください。

## 「職場の健康づくり」のご案内

兵庫県建築健康保険組合では、加入事業所の被保険者の健康管理と健康の保持・増進のお手伝いとして、事業所へ保健師等を派遣します。

健康で明るい職場づくりのため、ぜひご利用ください。

健康相談・健康講習会に保健師等を派遣します。

保健師等に対する謝礼等は当健康保険組合が負担します。

様式「~~健康相談~~健康相談・健康講習会申込書」に必要事項を記入して、当健康保険組合へお申し込みください。

なお、日程については、保健師等の都合により、調整させていただく場合があります。

( 様 式 )

健康相談・健康講習会申込書						
日	時					
	第1希望	平成	年	月	日	時 分 ~ 時 分
	第2希望	平成	年	月	日	時 分 ~ 時 分
希望の項目	(該当する項目に を付けてください。)					
	1	健康相談	2	健康講習会		
人	数					
	男子	人	女子	人	合計	人
	平成	年	月	日		
	事業所所在地					
	事業所名称					印
	電話番号	( )		-		
	担当者氏名					