

平成28年3月15日

事業主様

兵庫県建築健康保険組合

平成28年度保健事業に係る諸用紙・案内書の送付について

早春の候、ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

当健康保険組合の事業運営について、平素から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、平成28年度保健事業に係る諸用紙・案内書について、別添のとおり送付（各1部）しますので、コピーしてご利用いただきますようよろしくお願いいたします。

記

- 諸用紙・案内書
 - 1 人間ドック利用申込書
 - 2 人間ドック利用補助金受給申請書
 - 3 特定健康診査に係る定期健康診断補助金請求書
 - 4 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〕Ⅰ
 - 5 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〕Ⅱ
 - 6 質問票
 - 7 特定健康診査の健診項目
 - 8 癌検診補助金請求書
 - 9 癌検診補助金請求書（任意継続被保険者用）
 - 10 インフルエンザ予防接種補助金請求書
 - 11 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）
 - 12 「職場の健康づくり」のご案内
 - 13 「ブレママの食事」（冊子）の配布のご案内

- 「平成28年度 人間ドックのご案内」及び「平成28年度 健康ウォーキング運動（ご案内）」については、平成28年4月上旬に送付する予定ですので、ご了承願います。

常務理事	事務長	担当者

資格取得 年月日	昭和 平成	年	月	日
-------------	----------	---	---	---

人間ドック利用申込書

				No.
被保険者証の 記号・番号	.	被保険者の 氏名・印		Ⓜ
病院名				
種別	1泊2日 ・ 日帰り ・ 2時間 (○でかこんで下さい)			
受診日	平成 年 月 日 (曜日)			
(フリガナ) 利用者名	-----	続柄	男・女	
生年月日	昭和 年 月 日 (歳)			
利用者の住所	〒 — 電話 — —			
前回検査日	平成 年 月			
平成 年 月 日				
事業所所在地・名称				
事業主氏名	Ⓜ			
	電話			

※妊娠中又は妊娠のおそれのある方はご遠慮下さい。

利用者 負担金	
------------	--

平成 2 8 年度 保健施設費 支給決定 伺			起 案	. .	
支給 金額	¥		常務理事	事務長	係
種別	1泊2日 . 日帰り . 2時間				

人間ドック利用補助金受給申請書

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					
利用者氏名・続柄				続 柄	
人間ドックを利用した 医療機関の所在地・ 名称、受診年月日 並びに支払金額	医療 機 関	所在地			
		名 称			
	受 診 日	平成 年 月 日 ~ 月 日 日間 (泊)			
	支 払 金 額	¥			
<p>上記の通り人間ドックを利用しましたので、領収書（原本）・検査結果（写し）・質問票を添えて補助金の受給を申請します。 ※ 申請期限 平成29年2月28日</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>住 所 〒 -</p> <p>被保険者氏名 Ⓜ</p> <p>兵庫県建築健康保険組合理事長 様</p>					

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		Ⓜ
	代 理 人 〔 事業所所在地及び 名称・事業主氏名 〕		(上記の申請書印と同一印) Ⓜ

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

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28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		健(検)診結果書添付確認印 ※健保組合使用欄	
事業所名称			
事業所所在地			
連絡先	担当者氏名	⑩	
	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	XMLデータ作成費用分	円(別掲)
補助金請求金額	円		
<p>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。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>事業所所在地・名称</p> <p>事業主氏名 ⑩</p> <p>兵庫県建築健康保険組合理事長 様</p>			

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28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28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3,000円以内の実費に、健診結果データをXML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、平成29年4月15日までに兵庫県建築健康保険組合に提出してください。

(1) 所定の受診者名簿Ⅰ・Ⅱ(受診者が5名の場合は、受診者名簿Ⅱのみで差し支えありません。) (2) 健診結果データ
[特定健診に係る国の電子的標準様式(XML)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〕 I

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	枚中 枚		事業所担当者確認印
					実際に要した 費用の額	補助金請求額	
・ ・			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 28 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 28 年 4 月 2 日以降の被保険者資格取得者、平成 28 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○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	①はい ②いいえ
2	b. インスリン注射又は血糖を下げる薬	①はい ②いいえ
3	c. コレステロールを下げる薬	①はい ②いいえ
4	医師から、脳卒中（脳出血、脳梗塞等）にかかっているといわれたり、治療を受けたりし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）にかかっているといわれたり、治療を受けたりしたことがありますか。	①はい ②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。	①はい ②いいえ
7	医師から、貧血といわれたことがありますか。	①はい ②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）	①はい ②いいえ
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回以上、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	この1年間で体重の増減が±3kg以上あった。	①はい ②いいえ
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	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。	①はい ②いいえ
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（清酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度	①毎日 ②時々 ③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）	①1合 ②1～2合未満 ③2～3合未満 ④3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せんか。	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ヶ月以内） ③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 ④既に改善に取り組んでいる（6ヶ月未満） ⑤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。	①はい ②いいえ

(任意継続被保険者用)

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28年度	款	保健事業費	項	保健事業費	目	疾病予防費
--------	---	-------	---	-------	---	-------

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。[該当する癌名等に○を付けてください。]					
平成 年 月 日					
〒 _____					
被保険者住所					
被保険者氏名					
兵庫県建築健康保険組合理事長 様 ⑩					

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)

- 被保険者及び平成28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。
- 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。
- この請求書に、補助金を請求する癌名等及びその検診料金が明記されている領収書（コピー可。レシート不可。）を添付し、平成29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28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
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
平成 年 月 日

補助金請求金額	円
---------	---

〒 -

被保険者の住所

被保険者の氏名

㊟

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	㊟ (上記の請求書印と同一印)
	代理人 〔 事業所所在地及び 名称・事業主氏名 〕	㊟

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29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28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。					補助金請求金額 円
兵庫県建築健康保険組合理事長 様					
平成 年 月 日					
〒 _____					
被保険者の住所					
被保険者の氏名					印

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)

- 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29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						
電 話 番 号 () -						
担当者氏名						
						印

「プレママの食事」（冊子）の配布のご案内

兵庫県建築健康保険組合では、加入事業所の被保険者・被扶養者で、妊娠している方に、妊娠中の食事の大切さをお伝えするため、お腹の赤ちゃんと妊婦さんにむけた「プレママの食事」（冊子）を無料で配布します。

ご希望の方は、次の様式を参考にして、「「プレママの食事」（冊子）送付依頼書」を作成し、当健康保険組合にご提出願います。折り返し、ご自宅に送付させていただきます。

（ 様 式 ）

「プレママの食事」（冊子）送付依頼書

- 健康保険被保険者証の記号・番号
- 被保険者が勤務している場合、事業所の名称
- 冊子の送付を希望される方について

- ・氏 名
- ・生年月日
- ・被扶養者である場合、被保険者との続柄

平成 年 月 日

郵便番号

住 所

氏 名

⑩

電話番号 () -

※この依頼書は、「プレママの食事」（冊子）の送付についてのみ使用します。