

平成29年3月15日

事業主様

兵庫県建築健康保険組合

平成29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、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、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 人間ドック利用補助金請求書（被保険者請求用）
 - 2 人間ドック利用補助金請求書（事業主請求用）
 - ・人間ドック利用補助金受診者名簿《事業主請求用》
 - 3 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《特定健診に係る定期健康診断補助金請求用》Ⅰ
 - ・受診者名簿《特定健診に係る定期健康診断補助金請求用》Ⅱ
 - 4 質問票
 - 5 癌検診補助金請求書（被保険者請求用）
 - 6 癌検診補助金請求書（任意継続被保険者用）
 - 7 インフルエンザ予防接種補助金請求書（被保険者請求用）
 - 8 インフルエンザ予防接種補助金請求書（事業主請求用）
 - ・インフルエンザ予防接種を受けた者の名簿（事業主請求用）
 - 9 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）
 - 10 平成29年度健康ウォーキング運動（ご案内）
 - ・平成29年度健康ウォーキング運動（50・100）万歩記録表
 - 11 「職場の健康づくり」のご案内
 - 12 「プレママの食事」（冊子）の配布のご案内
- ※ 「生活習慣病予防健診利用補助金請求書」は、個別対応とさせていただきます。

支給決定伺	支給決定金額	常務理事	事務長	係
平成 年 月 日	¥			

平成29年度	款	保健事業費	項	保健事業費	目	疾病予防費
--------	---	-------	---	-------	---	-------

人間ドック利用補助金請求書 (被保険者請求用)

記号	事業所名称				
番号	被保険者氏名				
受診者氏名		年齢 4/1 現在	歳	続柄	
医療機関の名称					
受診日	平成 年 月 日 日間 (泊) 1泊2日・日帰り・兵庫県2時間 (○でかこんでください)				
支払額 (オプション除く)	¥				
<p>上記のとおり人間ドックを受診しましたので、補助金を請求します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: right;">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 Ⓜ (上記の被保険者印と同一印)
	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・信金 支店	口座番号		

(留意事項)

1. 補助対象者 平成29年4月1日現在、**35歳**以上の被保険者・被扶養者
2. 補助金額 1泊2日 20,000円 (平成25年度を基準として2年度に1回)、
日帰り 10,000円 (毎年度1回)、兵庫県2時間ドック 10,000円 (毎年度1回)
3. 受診期間 平成29年4月1日～平成30年1月31日
4. 添付書類 **領収書 (コピー可)、健診結果 全ページ (コピー)、質問票 (40歳以上の方のみ)**
5. 提出期限 事業主を経由して平成30年2月28日までに

領収書必須 記載項目	受診者氏名、受診日、受診費用 (オプション額は除く)、医療機関所在地、名称 内訳に「人間ドック受診料」と記載されていること
---------------	--

補助金は、事務費の軽減等を図るため、事業所の口座に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。

支給決定伺	支給決定金額	常務理事	事務長	係
平成 年 月 日	¥			

平成29年度	款	保健事業費	項	保健事業費	目	疾病予防費
--------	---	-------	---	-------	---	-------

人間ドック利用補助金請求書 (事業主請求用)

事業所記号	
事業所名称	
医療機関の名称	
実施人数	人
補助金請求金額	円
<p>上記のとおり人間ドックを受診しましたので、補助金を請求します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">事業所所在地・名称</p> <p style="text-align: center;">事業主氏名 ⑩</p>	

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

(留意事項)

1. 補助対象者 平成29年4月1日現在、**35歳**以上の被保険者・被扶養者
2. 補助金額 1泊2日 20,000円 (平成25年度を基準として2年度に1回)、
日帰り 10,000円 (毎年度1回)、兵庫県2時間ドック 10,000円 (毎年度1回)
3. 受診期間 平成29年4月1日～平成30年1月31日
4. 添付書類 **所定の受診者名簿、領収書(コピー)、健診結果全ページ(コピー)、質問票(40歳以上の方のみ)**
5. 提出期限 平成30年2月28日まで

領収書必須 記載項目	<p>受診者氏名、受診日、受診費用(オプション額は除く)、医療機関所在地、名称 内訳に「人間ドック受診料」と記載されていること</p> <p>※医療機関へ振込みをされた場合は、利用明細票・ネットバンキング振込明細表等 振込みされたことが分かる書類(コピー)を添付してください。 また、医療機関からの請求書(請求明細書等)に受診内訳の記載がある場合は、 コピーを添付してください</p>
---------------	---

人間ドック利用補助金受診者名簿《事業主請求用》

事業所 記号			年齢 4/1 現在	受診日	種別 ○でかこんでください	支払額 (オプション除く)	補助金 請求額
			歳	・ ・	1泊 ・ 日帰り 兵庫県 2時間	円	円
			歳	・ ・	1泊 ・ 日帰り 兵庫県 2時間	円	円
			歳	・ ・	1泊 ・ 日帰り 兵庫県 2時間	円	円
			歳	・ ・	1泊 ・ 日帰り 兵庫県 2時間	円	円
			歳	・ ・	1泊 ・ 日帰り 兵庫県 2時間	円	円
			歳	・ ・	1泊 ・ 日帰り 兵庫県 2時間	円	円
			歳	・ ・	1泊 ・ 日帰り 兵庫県 2時間	円	円
			歳	・ ・	1泊 ・ 日帰り 兵庫県 2時間	円	円
			歳	・ ・	1泊 ・ 日帰り 兵庫県 2時間	円	円
			歳	・ ・	1泊 ・ 日帰り 兵庫県 2時間	円	円
			歳	・ ・	1泊 ・ 日帰り 兵庫県 2時間	円	円
						計	円

支給決定伺	支給決定金額	常務理事	事務長	係
平成 年 月 日	¥			

平成29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

事業所記号		健（検）診結果書添付確認印 ※健保組合使用欄
事業所名称		
連絡先	担当者氏名 電 話	Ⓜ
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 事業主氏名 兵庫県建築健康保険組合理事長 様</p> <p style="text-align: right;">Ⓜ</p>		

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

(留意事項)

- 補助対象者 平成29年度において**40歳以上75歳未満の被保険者**
平成29年4月2日以降の資格取得者・資格喪失者について、健診日に被保険者である場合は補助の対象
- 補助金額 1人当たり**3,000円以内の実費**に健診結果データをXMLにより作成した場合、その費用の実費を加算した額
- 添付書類
 - ・**所定の受診者名簿Ⅰ・Ⅱ**（受診者が少人数の場合は、受診者名簿Ⅱのみで差し支えありません。）
 - ・**健診結果** 紙またはXMLデータ（健診実施医療機関に依頼を要する。）
 - ・**質問票**（健診結果が紙の場合のみ）
- 提出期限 原則として**平成30年3月20日**

受診者名簿《特定健診に係る定期健康診断補助金請求用》Ⅰ

事業所記号						
受診日	被保険者 番号	被保険者氏名	生年月日	支払額	補助金 請求額	担当者 確認印※
平成 . .			昭和 年 月 日	円	円	
平成 . .			昭和 年 月 日	円	円	
平成 . .			昭和 年 月 日	円	円	
平成 . .			昭和 年 月 日	円	円	
平成 . .			昭和 年 月 日	円	円	
平成 . .			昭和 年 月 日	円	円	
平成 . .			昭和 年 月 日	円	円	
平成 . .			昭和 年 月 日	円	円	
平成 . .			昭和 年 月 日	円	円	
平成 . .			昭和 年 月 日	円	円	
平成 . .			昭和 年 月 日	円	円	
平成 . .			昭和 年 月 日	円	円	
平成 . .			昭和 年 月 日	円	円	
平成 . .			昭和 年 月 日	円	円	
平成 . .			昭和 年 月 日	円	円	
平成 . .			昭和 年 月 日	円	円	
計				円	円	

※「担当者確認印」欄は、特定健診補助金請求書の連絡先担当者様の印と同一印で押印願います。

受診者名簿《特定健診に係る定期健康診断補助金請求用》Ⅱ

事業所記号						
受診日	被保険者番号	被保険者氏名	生年月日	支払額	補助金請求額	担当者確認印※
平成 . .			昭和 年 月 日	円	円	
平成 . .			昭和 年 月 日	円	円	
平成 . .			昭和 年 月 日	円	円	
平成 . .			昭和 年 月 日	円	円	
平成 . .			昭和 年 月 日	円	円	
平成 . .			昭和 年 月 日	円	円	
平成 . .			昭和 年 月 日	円	円	
平成 . .			昭和 年 月 日	円	円	
平成 . .			昭和 年 月 日	円	円	
平成 . .			昭和 年 月 日	円	円	
XMLデータ作成費用				円	円	
				計	円	円

1. 実際に要した費用の合計金額は、_____円です。
2. 補助金請求金額は、_____円です。
3. **健診結果データを兵庫県建築健康保険組合に提出することについて、被保険者の同意を得ています。**

健康保険組合は健診結果データを特定保健指導・健康教育・健康相談・統計資料の作成等の保健事業に活用します。

上記のとおり相違ありません。

平成 年 月 日

事業所所在地・名称

事業主氏名

印

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

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）		●
	γ-GT（γ-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

支給決定伺	支給決定金額	常務理事	事務長	係
平成 年 月 日	¥			

平成29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 (被保険者請求用)

※事業主が負担されている場合は補助対象外です。

記号	事業所名称										
番号	被保険者氏名										
受診者氏名			年齢 4/1 現在	歳	続柄						
医療機関の名称	(複数の場合は代表を一ヶ所)										
受診日	平成 年 月 日										
補助対象検診項目 受診した検診項目を ○で囲んでください	乳癌	子宮 (頸・体) 癌	肺癌	大腸癌	胃癌	腫瘍マーカー					合計金額
						PSA	CEA	AFP	CA19-9	CA125	
支払額	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円
補助金額 (健保使用欄)	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円

上記のとおり癌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

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 (上記の被保険者印と同一印)
	代理人 〔 事業所所在地及び 名称・事業主氏名 〕	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・信金 支店	口座番号		

(留意事項)

- 補助対象者 **被保険者全員**・平成29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**
- 補助金額 **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**
※保険診療(負担割合が3割負担等)で癌検査を受診した場合は、補助の対象外です。
- 添付書類 **領収書(コピー可)**

領収書必須 記載項目	受診者氏名、受診日、受診費用、医療機関所在地・名称、内訳 ※内訳には、癌検診の種類ごとにその検査内容(別表参照)と費用が記載されていること。
---------------	--

- 提出期限 事業主を経由して、平成30年2月28日までに
(補助金は、事務費の軽減等を図るため、事業所の口座に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。)

支給決定伺	支給決定金額	常務理事	事務長	係
平成 年 月 日	¥			

平成29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 (任意継続被保険者用)

記号	900										
番号	被保険者氏名										
受診者氏名						年齢 4/1 現在	歳	続柄			
医療機関の名称	(複数の場合は代表を一ヶ所)										
受診日	平成 年 月 日										
補助対象検診項目 受診した検診項目を ○で囲んでください	乳癌	子宮 (頸・体) 癌	肺癌	大腸癌	胃癌	腫瘍マーカー					合計金額
						PSA	CEA	AFP	CA19-9	CA125	
支払額	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円
補助金額 (健保使用欄)	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円
上記のとおり癌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 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・信金 支店	口座番号		

(留意事項)

- 補助対象者 被保険者全員・平成29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
- 補助金額 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
※ 保険診療(負担割合が3割負担等)で癌検査を受診した場合は、補助の対象外です。
- 添付書類 領収書(コピー可)

領収書必須 記載項目	受診者氏名、受診日、受診費用、医療機関所在地・名称、内訳 ※内訳には、癌検診の種類ごとにその検査内容(別表参照)と費用が記載されていること。
---------------	---

- 提出期限 平成30年2月28日までに

癌検診の検査内容

癌検診の種類	検査内容
乳癌検診	視触診 マンモグラフィ検査 乳房超音波検査
子宮（頸・体）癌検診	頸部細胞診 体部細胞診 経膣超音波検査
肺癌検診	喀痰細胞診 胸部X線検査（間接撮影） 胸部X線検査（直接撮影） 胸部CT検査
大腸癌検診	便潜血検査 注腸検査 大腸内視鏡検査
胃癌検診	胃透視（バリウム）検査（間接撮影） 胃透視（バリウム）検査（直接撮影） 内視鏡検査 ピロリ菌検査 ペプシノゲン検査

（参考）腫瘍マーカーの説明

腫瘍マーカーの種類	検査からわかる内容
PSA	軽度の上昇は急性前立腺炎、前立腺肥大症などの可能性があります。 高値の場合は、前立腺の腫瘍などの可能性があります。
CEA	高値の場合は、消化器系の腫瘍をはじめ、各種の腫瘍の可能性があります。 ただし、場所の特定はできません。 また、長期喫煙者も上昇する可能性があります。
AFP	高値の場合は、慢性肝炎、肝硬変、腎臓の腫瘍などの可能性があります。
CA19-9	高値の場合は膵臓・胆道系の疾患及び腫瘍や各種消化器系の腫瘍の可能性があります。
CA125	婦人科系の疾患で上昇することが多くあります。 高値の場合は、主に卵巣の腫瘍の可能性があります。

支給決定伺	支給決定金額	常務理事	事務長	係
平成 年 月 日	¥			

平成29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 (被保険者請求用)

記号		事業所名称		
番号		被保険者氏名		
接種を受けた者の氏名	続柄 <small>表示は、子ではなく 長男・長女等で</small>	(1回目) 接種日	(2回目) 接種日	支払額小計
		支払額	支払額	
		平成 年 月 日 円	平成 年 月 日 円	円
		平成 年 月 日 円	平成 年 月 日 円	円
		平成 年 月 日 円	平成 年 月 日 円	円
		平成 年 月 日 円	平成 年 月 日 円	円
		平成 年 月 日 円	平成 年 月 日 円	円
医療機関の名称		(複数の場合は代表を一ヶ所)		支払額合計 円

上記のとおりインフルエンザ予防接種を受けましたので、補助金を請求します。	補助金額	円
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		

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 (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〕	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・信金 支店	口座番号		

(留意事項)

- 補助対象者 費用を負担した被保険者・被扶養者
- 補助金額 1人につき 1回接種を受けた場合 1,500円以内の実費
2回接種を受けた場合 3,000円以内の実費
- 添付書類 領収書 (コピー可)

領収書必須 記載項目	接種を受けた者の氏名、接種日、接種費用、医療機関所在地・名称、内訳 ※内訳には、「インフルエンザ予防接種費用代」と記載されていること。 記載が無い場合は、診療報酬明細書・予防接種済証等、記載のあるものを添付すること。 保険外負担、予防接種代等の記載だけでは「インフルエンザ」であるか不明のため不可。
---------------	--

- 提出期限 事業主を経由して、平成30年2月28日までに
(補助金は、事務費の軽減等を図るため、事業所の口座に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。)

支給決定伺	支給決定金額	常務理事	事務長	係
平成 年 月 日	¥			

平成29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 (事業主請求用)

事業所記号	
事業所名称	
医療機関の名称	
接種を受けた人数	人
補助金請求金額	円
<p>上記のとおりインフルエンザ予防接種を受けましたので、補助金を請求します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">事業所所在地・名称</p> <p style="text-align: center;">事業主氏名 ⑨</p>	

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

(留意事項)

1. 補助対象者 費用を負担した事業主(被保険者・被扶養者分)
2. 補助金額 1人につき 1回接種を受けた場合 1,500円以内の実費
2回接種を受けた場合 3,000円以内の実費
3. 添付書類 所定のインフルエンザ予防接種を受けた者の名簿、領収書(コピー)、その他

領収書必須 記載項目	<p>接種を受けた者の氏名、接種日、接種費用、医療機関所在地・名称、内訳 ※内訳には、「インフルエンザ予防接種費用代」と記載されていること。 記載が無い場合は、診療報酬明細書・予防接種済証等、記載のあるものを添付すること。 保険外負担、予防接種代等の記載だけでは「インフルエンザ」であるか不明のため不可。 ※医療機関へ振込をされた場合は、利用明細票・ネットバンキング振込明細表等 振込をされたことが分かる書類(コピー)を添付してください。 ※医療機関から接種を受けた者の氏名・金額の記載のある請求書(請求明細書等)がある場合、 そのコピーも添付してください。</p>
-----------------------	---

4. 提出期限 平成30年2月28日までに

インフルエンザ予防接種を受けた者の名簿 (事業主請求用)

事業所 記号			(1回目) 接種日	(2回目) 接種日	支払額	補助金額
被保険者 番号	接種を受けた 者の氏名	続柄 表示は、 子、長男、 長女等で	支払額	支払額	円	円
			平成 年 月 日 円	平成 年 月 日 円		
			平成 年 月 日 円	平成 年 月 日 円	円	円
			平成 年 月 日 円	平成 年 月 日 円	円	円
			平成 年 月 日 円	平成 年 月 日 円	円	円
			平成 年 月 日 円	平成 年 月 日 円	円	円
			平成 年 月 日 円	平成 年 月 日 円	円	円
			平成 年 月 日 円	平成 年 月 日 円	円	円
			平成 年 月 日 円	平成 年 月 日 円	円	円
			平成 年 月 日 円	平成 年 月 日 円	円	円
			平成 年 月 日 円	平成 年 月 日 円	円	円
			平成 年 月 日 円	平成 年 月 日 円	円	円
					補助金 請求額	円

支給決定伺	支給決定金額	常務理事	事務長	係
平成 年 月 日	¥			

平成29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 (任意継続被保険者用)

記号	900					
番号	被保険者氏名					
接種を受けた者の氏名	続柄 <small>表示は、子ではなく 長男・長女等で</small>	(1回目) 接種日		(2回目) 接種日		支払額小計
		支払額		支払額		
		平成 年 月 日	平成 年 月 日	円	円	円
		平成 年 月 日	平成 年 月 日	円	円	円
		平成 年 月 日	平成 年 月 日	円	円	円
		平成 年 月 日	平成 年 月 日	円	円	円
		平成 年 月 日	平成 年 月 日	円	円	円
医療機関の名称	(複数の場合は代表を一ヶ所)				支払額合計	円

上記のとおりインフルエンザ予防接種を受けましたので、補助金を請求します。	補助金額	円
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	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・信金 支店	口座番号		

(留意事項)

- 補助対象者 費用を負担した**被保険者・被扶養者**
- 補助金額 1人につき 1回接種を受けた場合 1,500円以内の実費
2回接種を受けた場合 3,000円以内の実費
- 添付書類 領収書(コピー可)

領収書必須 記載項目	接種を受けた者の氏名、接種日、接種費用、医療機関所在地・名称、内訳 ※内訳には、「インフルエンザ予防接種費用代」と記載されていること。 記載が無い場合は、診療報酬明細書・予防接種済証等、記載のあるものを添付すること。 保険外負担、予防接種代等の記載だけでは「インフルエンザ」であるか不明のため不可。
-----------------------	---

- 提出期限 平成30年2月28日までに

平成 29 年度

健康ウォーキング運動(ご案内)

★★★★★★★★★★★★★★★★

**あなたの目標に合わせて
目標を設定できます！**

50 万歩 または 100 万歩

さあ！チャレンジ！

★★★★★★★★★★★★★★★★

- 誰もが手軽にできるウォーキングは、心肺機能や筋力が鍛えられ、体力がアップするだけでなく、心身のリフレッシュ効果も大です。
- 目標は各実施期間における3ヶ月間で50万歩、または100万歩です。
- 5月からスタートと9月からスタートの、年2回実施します。
- 目標を達成された方には、第1回目・第2回目ごとに記念品を贈呈します。

参加方法

兵庫県建築健康保険組合の被保険者と被扶養者の方が参加できます。

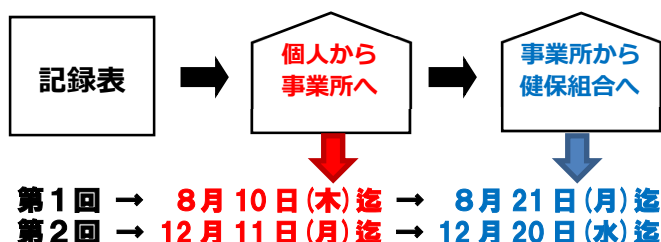
実施方法

- ・ 日々、万歩計などで記録をとるようにしてください。
- ・ 万歩計などの数値を、※記録表の「歩数欄」に記録します。
- ※ 記録表のタイトル欄には、**選択した目標歩数に○印をつけてください。**
- ※ 「今までの歩数累計」を記入し、**目標達成日に○印をつけてください。**
- ※ 記録表は必要数コピーし、それぞれに「事業所名、被保険者証記号・番号、参加者氏名欄」を記入の上、提出期限内に、事業所担当者へ提出してください。

実施期間

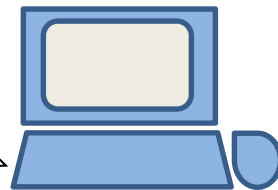
第1回(春季) 平成29年5月1日(月)～平成29年7月31日(月)
第2回(秋季) 平成29年9月1日(金)～平成29年11月30日(木)

記録表の提出期限



当健康保険組合のホームページ

保健事業に関するお知らせ及び、ウォーキングの記録表などがダウンロードできます



<http://www.hyogo-kenchiku-kenpo.or.jp/>

平成 29 年度 健康ウォーキング運動 (50・100) 万歩記録表

選択した目標に○印をつけてください

～ご家族みんなでチャレンジしましょう～

平成 29 年 月

実施期間 H29.5.1～H29.7.31 提出日 8/10
H29.9.1～H29.11.30 12/11

身長 m

必須項目 (目標達成日に○印をつけてください)			自由に記録して活用してください				
日(曜日)	歩数	今までの歩数累計	体重	BMI	腹囲	血圧	メモ欄
1日()	歩	歩	kg		cm	/	
2日()	歩	歩	kg		cm	/	
3日()	歩	歩	kg		cm	/	
4日()	歩	歩	kg		cm	/	
5日()	歩	歩	kg		cm	/	
6日()	歩	歩	kg		cm	/	
7日()	歩	歩	kg		cm	/	
8日()	歩	歩	kg		cm	/	
9日()	歩	歩	kg		cm	/	
10日()	歩	歩	kg		cm	/	
11日()	歩	歩	kg		cm	/	
12日()	歩	歩	kg		cm	/	
13日()	歩	歩	kg		cm	/	
14日()	歩	歩	kg		cm	/	
15日()	歩	歩	kg		cm	/	
16日()	歩	歩	kg		cm	/	
17日()	歩	歩	kg		cm	/	
18日()	歩	歩	kg		cm	/	
19日()	歩	歩	kg		cm	/	
20日()	歩	歩	kg		cm	/	
21日()	歩	歩	kg		cm	/	
22日()	歩	歩	kg		cm	/	
23日()	歩	歩	kg		cm	/	
24日()	歩	歩	kg		cm	/	
25日()	歩	歩	kg		cm	/	
26日()	歩	歩	kg		cm	/	
27日()	歩	歩	kg		cm	/	
28日()	歩	歩	kg		cm	/	
29日()	歩	歩	kg		cm	/	
30日()	歩	歩	kg		cm	/	
31日()	歩	歩	kg		cm	/	

事業所名	
被保険者証	記号 番号
参加者氏名	本人・家族 年齢 歳 男・女

参考 BMI = 体重 (kg) ÷ 身長 (m) ÷ 身長 (m)

BMI (Body Mass Index) とは、身長と体重の比率から肥満ややせを判定する方法です。最も疾病の少ない BMI22 を基準としています。

18.5

標準
22

25

やせ

普通体重

肥満

* この記録表は必要数コピーしてお使いください。
* 上の参加者氏名欄は 1 枚ごとに記入してください。

みんなが健康で明るい職場と家庭が願い

兵庫県建築健康保険組合

「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

印

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。