

- 健診に要した費用の領収書（原本）・結果表(写し)・特定健診受診券を添付してください。
- 2枚目の質問票の記入も必ずお願いします。(未記入の場合、申請受付できません)

<b>* 支 出 伺</b>	支給日	平成 年 月 日	理事長		常務理事	
	支給金額	円	事務長		係	

## 健 診 補 助 金 支 給 申 請 書

保険証記号番号	芸 ー	被保険者名	
受診日	年 月 日	健診機関の名称 (病院名)	
窓口負担金額	円		
<p>上記のとおり健康診断を受診しましたので補助金の支給を申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日 丁 区</p> <p style="text-align: center;">住所.....</p> <p style="text-align: center;">組合員 (事業主) .....</p> <p style="text-align: center;">氏名..... 印</p> <p style="text-align: center;"><b>京都芸術家国民健康保険組合理事長 様</b></p>			
振込先	<p style="text-align: center;">銀行 (店番 )</p> <p style="text-align: center;">信金 支店</p> <p style="text-align: center;">普・当・貯蓄 フリガナ.....</p> <p>口座番号..... 口座名義人.....</p>		
委任の欄	<p>この欄は補助金の受領を申請者(組合員)以外の口座に振込む場合に記入してください。</p>	<p>給付金の受領を ( ) に委任します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">組合員氏名..... 印</p>	

**申請期限 2020年3月31日必着**

※40歳以上の74歳までの芸国被保険者に限り、健診の費用を20,000円補助します。

※今回の健診の他に今年度(4月～翌年3月末日)の間に特定健診など、健診を受けられた方には補助できません。(健診は年度に1度のみ受診できます)

※補助できるのは**特定健康診査の検査内容が含まれている健診の費用のみ**です。  
(脳ドック、肺ドック、PET検査も特定健診の検査項目が含まれていれば補助できます)

※2枚目の質問票も必ず記入ください。(未記入の場合、申請受付できません)

# 質問票

記入日 年 月 日

保険者番号	保険者名
263012	京都芸術家国民健康保険組合

保険証記号番号	芸	—
名	前	

No.	質問項目	選択肢	回答欄
1	現在、血圧を下げる薬を使用している。	① はい ② いいえ	
2	現在、インスリン注射 または 血糖を下げる薬を使用している。	① はい ② いいえ	
3	現在、コレステロールや中性脂肪を下げる薬を使用している。	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る。	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る。	① はい ② 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)を受けている。	① はい ② いいえ	
7	医師から、貧血と言われたことがある。	① はい ② いいえ	
8	現在、たばこを習慣的に吸っている。	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分以上軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上継続して実施している。	① はい ② いいえ	
11	日常生活において、歩行または同等の身体活動を1日1時間以上実施している。	① はい ② いいえ	
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩くのが速い。	① はい ② 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。	① 何でもかんで食べることができる ② 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。 ③ ほとんどかめない	
14	人と比較して食べる速度が速い。	① 速い ② 普通 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	朝夕昼の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか。	① 毎日 ② 時々 ③ ほとんど摂取しない	
17	朝食を抜く事が週に3回以上ある。	① はい ② いいえ	
18	お酒(日本酒、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。	① 1合未満 ② 1~2合未満 ③ 2~3合未満 ④ 3合以上	
20	睡眠で休息が十分にとれている。	① はい ② いいえ	
21	運動や食生活等の生活習慣を改善しようと思っていますか?	① 改善するつもりはない ② 概ね6ヶ月以内に改善するつもりである ③ 概ね1ヶ月以内に改善するつもりであり、少しずつ始めている ④ すでに改善に取り組んでいる(6ヶ月未満) ⑤ すで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	

## 契約医療機関外人間ドック等健診補助実施要項

**対象者** : 芸国に加入している**40歳以上**の被保険者  
(年度内に満年齢で40歳になられる方も含みます)

※今回の健診の他に今年度(4月~翌年3月末日)の間に特定健診など、健診を受けられた方には補助できません。(健診は年度に1度のみ受診できます)

**申請期間** : 2019年4月1日 ~ 2020年3月31日 必着

※ 申請期間を過ぎた場合は、お支払できません。ご注意ください。

**助成額** : 1名につき20,000円を上限に当年度内に1回補助。  
費用が20,000円に満たない場合は実費分を補助。

※補助できるのは**特定健康診査の検査内容が含まれている健診の費用のみ**です。  
(脳ドック、肺ドック、PET検査も特定健診の検査項目が含まれていれば助成できます)

### 申請方法

○以下の物とセットにして芸術家国保まで郵送してください。

- ①**当申請書** (2枚目の質問票も必ず送付してください)
- ②**領収書(原本)** ※受診者名(フルネーム)と領収金額が記載されているもの。
- ③**健診結果表(写)**
- ④**特定健診受診券(原本)**

※申請者は必ず**組合員(事業主)**名でお願いします。

※助成金の**振込指定口座名義が申請者と異なる場合は委任の欄の記入、捺印が必要です。**

※今回の健診の他に今年度(4月~翌年3月末日)の間に特定健診など、健診を受けられた方には補助できません。(健診は年度に1度のみ受診できます)

※2枚目の質問票も必ず記入ください。(未記入の場合、申請受付できません)