

# 疾病予防健診補助金申請書

記入日 2 0     年     月     日

▼受診者様の情報をご記入ください

所属団体コード	7048		保険証記号						
所属団体名称	協和キリン健康保険組合		保険証番号						
フリガナ			生年月日 (西暦)						
受診者氏名	(姓)	(名)							
住所	〒	-	都道府県			市区町村			
日中連絡先		-	連絡可能時間帯	午前 ・ 午後 ・ いつでも可					

▼補助金の申請内容をご記入ください

受診年月日	西暦	年	月	日	健診費用(税込)
健診コース	<input type="checkbox"/> 人間ドック (半日・簡易・1日・1泊2日等含む)				
	<input type="checkbox"/> レディースドック				
	<input type="checkbox"/> その他 ( )				
オプション検査 ・ 単独検査	<input type="checkbox"/> 脳ドック				
	<input type="checkbox"/> 胃部X線検査				
	<input type="checkbox"/> 胃内視鏡検査				
	<input type="checkbox"/> 便潜血検査				
	<input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診検査				
	<input type="checkbox"/> マンモグラフィ				
	<input type="checkbox"/> 乳房エコー検査				
<input type="checkbox"/> その他 ( )					
<b>健診費総額</b>					

株式会社イーウェルにおける個人情報の取り扱いについて

手続きに際しご記入いただきました個人情報は、ご所属団体の指示のもと、お申込みの健康支援サービス提供の目的(健康の保持・増進活動、健診受診勧奨、保健指導等を含む)に利用します。

ここで取得した個人情報は、株式会社イーウェルホームページの「個人情報保護に関する基本方針」、「個人情報のお取り扱いについて」(<https://www.ewel.co.jp/privacy-policy/>)のほか、下記のとおり取り扱いますので、ご同意のうえ、ご送付ください。

＜お申込みの健康支援サービスご利用における個人情報の取り扱い＞

- ① 株式会社イーウェルは、当該個人情報を保持管理致します。
- ② 株式会社イーウェルから、当該個人情報を所属団体に提供致します。
- ③ 株式会社イーウェルから、所属団体による健診データの分析・解析・管理のため当該個人情報を業務委託先に提供する場合があります。
- ④ 株式会社イーウェルから、特定保健指導のため当該個人情報を保健指導会社に提供する場合があります。

個人情報に関する開示等及び苦情・ご相談は、株式会社イーウェル個人情報お問合せ窓口(E-mail: [privacy@ewel.co.jp](mailto:privacy@ewel.co.jp))までお願い致します。

個人情報の取扱いについて

1. 健診結果や問診票は、被保険者及び被扶養者の健康状態の把握や保健指導、健診データの分析・解析に活用します。
2. 被保険者本人の健診結果については、労働安全衛生法及び高齢者の医療の確保に関する法律が定める項目と定期健康診断時に協和キリン健康保険組合が付加している項目について、受診者が所属する事業主の求めにより、受診者の情報を提供します。(詳細は、ホームページの「その他人間ドック・各種健診」の手続きの「個人情報の取扱い」を参照ください。)

上記個人情報の取扱いについて同意のうえ、申請します。

(受診者自署)

在籍者のみ記入	(委任状) 私は会社(事業主)を代理人と定め、この補助金の受領に関する権限を委任します。 (給与との振込手続きを会社に依頼するため、 <b>必ずご記入ください。</b> )	西暦	年	月	日	<b>被保険者氏名 (自署)</b>
退職予定者のみ記入	退職予定の方は、下記にご記入ください。					
振込口座	銀行	支店	(普)	名義 (カナ)		

# 疾病予防健診 問診票

※必ずご提出ください。

氏名

**●問診票(既往歴、服薬歴、喫煙歴)** ※年齢を問わず、受診者全員、ご回答ください

問診必須項目	1	現在、血圧を下げる薬を服用していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	2	現在、血糖を下げる薬またはインスリン注射を使用していますか。	<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を使用していますか。	<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)にかかっているといわれたり、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)にかかっているといわれたり、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いわれたり、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りますか。	<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ますか。 (直近1か月以内に合計100本以上、または6か月以上継続して今も吸っている)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	9	20歳の時から体重が10Kg以上増加していますか。	<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日以上、1年以上実施していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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ますか。	<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ですか。	<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。 ①何でもかんで食べることができる ②葉や歯ぐき、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	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③
	14	人と比較して食べる速度が速いですか。	<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回以上ありますか。	<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。 ①毎日 ②時々 ③ほとんど摂取しない	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③
	17	朝食を抜くことが週に3回以上ありますか。	<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)を飲む頻度はどれくらいですか。 ①毎日 ②時々 ③ほとんど飲まない(飲めない)	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③
	19	飲酒日の1日当たりの飲酒量はどれくらいですか。 日本酒1合(180ml)の目安:ビール中瓶1本(約500ml)、焼酎25度(110ml) ウイスキーダブル1杯(60ml)、ワイン2杯(240ml) ①1合未満 ②1~2合未満 ③2~3合未満 ④3合以上	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④
	20	睡眠で休養が十分とれていますか。	<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。 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か月以内) ③近いうちに(概ね1か月以内)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か月未満) ⑤既に改善に取り組んでいる(6か月以上)	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤
	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
身体計測	1	身長	cm
	2	体重	kg
	3	腹囲	cm

## 疾病予防健診補助金申請書 領収証貼付台紙

※送料は自己負担となります。

提出日 年 月 日

被保険者証 記号番号	記号	番号	被保険者 氏名
---------------	----	----	------------

## 【領収証必須項目】

- ①受診者氏名(フルネーム)
- ②受診年月日
- ③健診費用
- ④健康診断の費用を示す記載
- ⑤健診機関の住所・名称・領収印

同型でなくて結構です。必須項目をご確認ください。

①	領収証	②
		〇〇〇〇年〇月〇日
	イーウェル 花子 様	
③	¥ 18,500	
④	但 健康診断費用として 上記正に領収いたしました	⑤
	東京都〇〇区〇〇町1-1-1 イーウェル医院 医院長 イーウェル 太郎	印

のりしろ

領収書  
送付先〒699-0203  
島根県松江市玉湯町布志名767番31  
株式会社イーウェル データ管理A係