

決 裁	理事長	事務長	課長(補)	係

受付年月日

## 令和6年度 健康診断補助金申請書

被保険者証	記号		番号																			
健診受診者 氏名			種別	第一種 ・ 世帯員																		
添付書類等 確認 (□に✓)	<b>※提出前に必ず下記書類をご確認ください</b> <input type="checkbox"/> 健診結果・質問票 (2~4ページ目に記入いただくか健診結果及び質問票のコピーでも可) <input type="checkbox"/> 領収書 (コピー可、領収印が読み取れるもの) <input type="checkbox"/> 特定健康診査受診券 ※ない場合は下記に理由 1. 紛失 (使用していない)      2. その他 ( ) 注) 受診券を使用した場合は補助対象となりません																					
振込先口座	銀行・信金・信組			支店コード																		
	労金・農協			支店名																		
	預金種別	1. 普通	2. 当座	口座番号																		
	フリガナ																					
口座名義人																						
上記により補助金の支給を申請します。 令和      年      月      日 <div style="margin-left: 200px;"> <b>* 組合員 住所</b>            _____  <b>氏名</b>            _____  <b>※申請者は組合員です。組合員住所・氏名をご記入ください。</b> <table border="1" style="margin-left: 20px; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 40%;"><small>&lt;健診受診者&gt;</small></td> <td style="width: 60%;"><small>&lt;記入する氏名&gt;</small></td> </tr> <tr> <td>第一種組合員の場合</td> <td>→ 第一種組合員</td> </tr> <tr> <td>医師の世帯員の場合</td> <td>→ 第一種組合員または特別組合員</td> </tr> <tr> <td>従業員の世帯員の場合</td> <td>→ 第二種組合員</td> </tr> </table> </div>															<small>&lt;健診受診者&gt;</small>	<small>&lt;記入する氏名&gt;</small>	第一種組合員の場合	→ 第一種組合員	医師の世帯員の場合	→ 第一種組合員または特別組合員	従業員の世帯員の場合	→ 第二種組合員
<small>&lt;健診受診者&gt;</small>	<small>&lt;記入する氏名&gt;</small>																					
第一種組合員の場合	→ 第一種組合員																					
医師の世帯員の場合	→ 第一種組合員または特別組合員																					
従業員の世帯員の場合	→ 第二種組合員																					
長野県医師国民健康保険組合理事長      殿																						

※太枠内全てご記入ください  
 ※本申請の締切は、令和7年4月末日 (必着) です

- 〈対象〉 特定健診の対象者である 第一種組合員 および 世帯員  
 ※40歳未満の方、第二種組合員 (従業員) は補助対象ではありません
- 〈条件〉 ・ 健診受診日が当該年度内であること  
 ・ 特定健診の健診項目を具備した健診であること  
 ・ 当組合が発行した「特定健康診査受診券」を使用していないこと  
 ※「特定健康診査受診券」を使用した場合は補助できません
- 〈補助額〉 ・ 第一種組合員    上限 30,000円    ・ 世帯員    上限 20,000円

医師国保組合記入欄					
健診費用	円	補助額	円		

# 令和6年度 特定健康診査項目結果報告書

この報告書は、特定健診の対象者である第一種組合員・世帯員のうち、特定健診の受診券を利用せず他の健診（人間ドック等）を受けた場合に報告いただくものです。（※受診券を利用して特定健診を受けた場合は提出不要）

記号・番号	・	種別	第一種組合員・世帯員
氏名		性別	男・女
生年月日	昭和 年 月 日	（ 歳）	

健診年月日	令和 年 月 日	
健診実施機関		自院 ・ 他院

※自身の所属する医療機関での健診は可能ですが、自己健診は認められません。

<基本的な健診項目（必須）> ※すべて記入、または健診結果（写）添付のこと

既往歴 (○をしてください)	なし ・ あり ( )
自覚症状 (○をしてください)	なし ・ あり ( )
他覚症状 (身体診察) (○をしてください)	※受診者が医師の場合も必須です なし ・ あり ( )
身体計測	身長 (cm) 小数点以下1桁
	体重 (kg) 小数点以下1桁
	B M I 小数点以下1桁
	腹囲 (cm) 小数点以下1桁
血圧 (2回計測した場合は平均)	収縮期血圧 (mmHg) 2回測定した場合は平均値
	拡張期血圧 (mmHg)
脂質検査 ※中性脂肪が400mg/dl以上または食後採血の場合は、LDL-コレステロールに代えてNon-HDLコレステロールでもよい	中性脂肪 (mg/dl)
	HDL-コレステロール (mg/dl)
	LDL-コレステロール (mg/dl)
	(Non-HDLコレステロール) (mg/dl)
肝機能検査	A S T ( G O T ) (IU/l)
	A L T ( G P T ) (IU/l)
	γ - G T ( γ - G T P ) (IU/l)
血糖検査 ※いずれかで可	空腹時血糖 (mg/dl)
	H b A 1 c (%) 小数点以下1桁
	(やむをえない場合) 随時血糖 (mg/dl)
尿検査 (○をしてください)	尿糖 - ・ 土 ・ + ・ ++ ・ +++
	尿蛋白 - ・ 土 ・ + ・ ++ ・ +++

次頁につづく

<基本的な健診項目（必須）> ※すべて記入、または健診結果（写）添付のこと

医師の判断 (○をしてください)	健診結果を踏まえた医師の所見 異常なし ・ 経過観察 ・ 要精密検査 ・ 要治療 ・ 治療中 (要再検査)
判断した医師の氏名	※自身の所属する医療機関での健診は可能ですが、自己健診は認められません。

<詳細な健診項目> 実施した場合にご記入をお願いします。

項目	結果
心電図検査	所見
眼底検査	所見
貧血検査	ヘマトクリット値 (%) 小数点以下1桁
	血色素量 (Hb ヘモグロビン) (g/dl) 小数点以下1桁
	赤血球数 (万/mm <sup>3</sup> )
血清クレアチニン検査	血清クレアチニン値 (mg/dl) 小数点以下2桁
	e G F R (ml/min/1.73m <sup>2</sup> ) 小数点以下1桁

<参考>

○メタボリックシンドローム判定

**ステップ1** 腹囲を確認

男性 85cm以上 / 女性 90cm以上

※腹囲が基準値未満の場合は追加リスクに関係なく非該当

**ステップ2** 追加リスクの該当数を確認

① 血圧

収縮期血圧 130mmHg 以上または拡張期血圧 85mmHg 以上または薬剤治療中（質問票）

② 脂質

中性脂肪 150mg/dl 以上またはHDLコレステロール 40mg/dl 未満または薬剤治療中（質問票）

③ 血糖

空腹時（随時）血糖 110mg/dl 以上または HbA1c 6.0% 以上または薬剤治療中（質問票）

※両検査とも実施の場合は空腹時血糖の値で判定

**判定**

ステップ1に該当した場合、ステップ2追加リスクの該当数で判定

0個 … 非該当 / 1個 … 予備群該当 / 2個以上 … 基準該当

○特定保健指導該当判定

**ステップ1** 腹囲・BMIを確認

(1) 腹囲 : 男性 85cm以上/女性 90cm以上

↓(1)に該当しない場合に確認

(2) BMI : 25以上 (男女とも)

※腹囲・BMIともに基準値未満の場合は追加リスクに関係なく非該当

**ステップ2** 追加リスクの該当数を確認

① 血圧

収縮期血圧 130mmHg 以上または拡張期血圧 85mmHg 以上

② 脂質

中性脂肪 150mg/dl 以上またはHDLコレステロール 40mg/dl 未満

③ 血糖

空腹時（随時）血糖 100mg/dl 以上またはHbA1c 5.6% 以上

※両検査とも実施の場合は空腹時血糖の値で判定

※メタボリックシンドロームの判定とは基準値が異なります

④ 喫煙歴あり（上記1～3で1つ以上あてはまる場合のみカウント）（質問票）

**判定**

ステップ1に該当した場合、ステップ2追加リスクの該当数で判定

ステップ1で(1)に該当した場合

0個 … なし / 1個 … 動機付け支援 / 2個以上 … 積極的支援

ステップ1で(2)に該当した場合

0個 … なし / 1～2個 … 動機付け支援 / 3個以上 … 積極的支援

※65歳以上の人は、「積極的支援」の対象となった場合でも「動機付け支援」となります

※降圧薬等を服用中の場合は、基準に該当しても特定保健指導の対象にはなりません（非該当）

医師国保組合記入

メタボリックシンドローム	基準該当 / 予備群該当 / 非該当
保健指導	積極的支援 / 動機付け支援 / なし（情報提供：服薬中） / なし（情報提供）

# 質 問 票

受診者本人が記入  
(選択肢に○をしてください)

NO	質 問 項 目	選 択 肢
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. 血糖を下げる薬又はインスリン注射	①はい                      ②いいえ
3	c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬	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、治療を受けたことがありますか。	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る。	①はい                      ②いいえ
8	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 （※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件1と条件2を両方満たす者である。 条件1：最近1か月間吸っている 条件2：生涯で6か月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている）	①はい （条件1と条件2を両方満たす） ②以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない（条件2のみ満たす） ③いいえ（①②以外）
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日以上、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	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	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
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（日本酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度はどのくらいですか。 （※「やめた」とは、過去に月1回以上の習慣的な飲酒歴があった者のうち、最近1年以上酒類を摂取していない者）	①毎日                      ②週5～6日 ③週3～4日                ④週1～2日 ⑤月に1～3日              ⑥月に1日未満 ⑦やめた ⑧飲まない（飲めない）
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量 日本酒1合（アルコール度数15度・180ml）の目安： ビール（同5度・500ml）、焼酎（同25度・約110ml）、ワイン（同14度・約180ml）、ウイスキー（同43度・60ml）、缶チューハイ（同5度・約500ml、同7度・約350ml）	①1合未満 ②1～2合未満 ③2～3合未満 ④3～5合未満 ⑤5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すか。	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）
22	生活習慣の改善について、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか。	①はい                      ②いいえ