

決裁	理事長	事務長	課長(補)	係	受付年月日

令和7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✓)	※提出前に必ず下記書類をご確認ください ☐ 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) ☐ 領収書 (コピー可、領収印が読み取れるもの) ☐ 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 労金・農協				支店コード																	
					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 ※ 組合員 住所 氏名 ※申請者は組合員です。組合員住所・氏名をご記入ください。 <table><tr><td><健診受診者></td><td><記入する氏名></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> 長野県医師国民健康保険組合理事長 殿															<健診受診者>	<記入する氏名>	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
<健診受診者>	<記入する氏名>																					
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																					

※太枠内全てご記入ください。
※本申請の締切は、令和8年4月末日(必着)です。締切日を過ぎた場合はお支払いできません。
やむを得ず締切日までに提出ができない場合は、当組合(026-217-6200)までご連絡ください。

<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7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使用せず他の健診（人間ドック等）を受けた場合に報告いただくものです。（※受診券を使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)	
	H D L - コ レ ス テ ロ ー ル	(mg/dl)	
	L D L - 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	－ ・ ± ・ ＋ ・ ＋＋ ・ ＋＋＋	
	尿 蛋 白	－ ・ ± ・ ＋ ・ ＋＋ ・ ＋＋＋	

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(任意)>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 ³)
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 ²) 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歳以上の方は、「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)	① 1合未満 ② 1~2合未満 ③ 2~3合未満 ④ 3~5合未満 ⑤ 5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