（注意）人間ドック以外の請求書は、別様式です。

2026.4改定

※ **各種健診種目ごと**に、**検査費用の表示**がある、受診者名義の **領収書（原本）** を添付してください。

※ **40歳以上** の方で、**人間ドック補助請求** をする場合、**特定健診質問票** と、**検査結果** の提出も必要です。

※ (株)ベネフィット・ワンを通じ、**「人間ドック」や「特定健診受診時」に「オプション」（婦人科検診等）** を受けた場合、精算は当健保助成後金額ですので**補助金請求は不要**です。

※ 健保記入欄						
補助金計		万	千	百	十	円

（被扶養配偶者用） 人間ドック検診 利用費用補助金請求書

※ 番号は最大7桁です。枝番の記入は不要です。　　提出日：R　年　月　日

健康保険被保険者証	記号	番号（右詰めで・最大7桁）	被保険者名		㊞
			受診者氏名		男 女 配偶者
※ピロリ菌は、基本的に一生に一度陰性を確認できれば毎年受診は不要と言われています。ご不明点は、検診機関にご確認ください。			受診者生年月日	S H　年　月　日生	年齢 ※40歳以上専用様式　才

（注意）

40歳以上の方が、「人間ドック」を受診し、補助請求をする場合は、右記の同意が必要です。

受診者名（自署）

人間ドック検査結果を、全農健保が健康管理事業の資料として活用することに同意します。　㊞

※ 健康管理事業とは、受診者から提出された健診結果を、国より当健保へ義務付けられている「特定健康診査」のデータとして取り扱い、事後の保健指導や健康管理に役立てることが目的です。

※ 後日、当健保から返信用レターパック封筒を送付しますので、健診結果の写しを**1カ月以内**にご送付ください。（郵送料健保負担）

※ 同意いただけない場合は、**補助対象外**となります。

健診結果返信用封筒送付先/電話番号（健保より直送します）

〒　－　　都道府県　　市区　　郡　　町

※マンション名等も記入してください。

電話番号（返信が遅延している場合、連絡させて頂くことがあります。）：　－　－

対象者	受診した検診種目に○印を付ける	各種検診種目	補助上限額	前回受診日	受診日	検診費用（税込） 万 千 百 十 円	※健保記入欄 補助金
被扶養配偶者 40歳以上		人間ドック検診	40,000円	初回受診 / 前回　年　月	R　年　月　日		
		PET検診（人間ドックと同年度補助なし）	40,000円				
		オプション 前立腺（腫瘍マーカーPSA）	6,000円				
		オプション ※ピロリ菌	6,000円				

事業所記載欄

上記のとおり補助金の請求がありましたので給付願います。

R　年　月　日

所属事業所　住所

事業所名　　㊞

（注意事項）

1	対象期間	4月から翌年3月受診までとし、1年に1回補助する。
2	請求締切り	年度の最終締切りは、翌年度の4月末までに**健保必着**とする。 （任意継続被保険者の方以外は、**事業所経由での提出**となりますので、ご注意ください。） **5月以降は、受付できません。**
3	補助上限額	それぞれの上限額とする。10円単位とし10円未満は切り捨てる。 **市区町村の助成、保険診療は対象外。**
4	添付書類 （40歳以上・人間ドック請求）	**受診者名義の、各種検診項目ごとに検診費用が表示してある「領収書（原本）」（写は認めない）を添付する。** **特定健診質問票の添付**と、後日**検査結果送付**も必須。
5	提出先	所属事業所（本所または本社の管理部署）を経由して、健保へ提出。 出向者は、出向元の管理部署を経由して、健保へ提出。 **（全農所属の方は、総務人事部　福利厚生課へ提出してください。）**
6	補助金支給方法	毎月15日までに健保へ提出された請求を、翌月に所属事業所を経由して支給する。

請求書着日：
質問票着日：
健保受付印（検査結果着日）

特定健康診査（特定健診）　質問票

【注意１】　40歳以上の被扶養配偶者・任意継続被保険者の方への人間ドック健保補助は、
①ドック検査結果を健保が活用することへの同意（請求書に同意欄あり）②補助金請求書　③領収書
④この質問票　⑤検査結果の提出が必須となります。

【注意２】　(株)ベネフィット・ワンで特定健診および、人間ドックを受診した方は、提出不要です。

【提出方法】 下記、いずれかの方法でご提出ください。

① 補助金請求書提出時に、所属事業所経由で同時に提出する。（任意継続の方は、健保へ直送してください）

② 補助金請求書提出後、健保からの返信用封筒（郵送料健保負担）を受け取ったのち、
人間ドック検査結果と一緒に提出する。（健保へ直送となります）

※　質問票の情報は、特定健診・特定保健指導以外の活用は致しません。

健康保険 被保険者証	記号		番号（右詰めで記入してください）							区分　（該当する番号に〇をつけてください）	
										1.	被扶養配偶者
										2.	任意継続被保険者
受診者名									生年月日	S H	年　月　日
人間ドック 検診日	R　年　月　日								質問票 記入日	R	年　月　日

	質　問　事　項		回　答 （該当する番号に、〇をつけてください。）	
1 ～ 3	現在、a～cの薬を使用していますか。 **（医師の判断、治療のもとで服薬中のもの）**		**※特定健診結果の階層化に影響がありますので、 現在、服薬中の薬を必ずご確認ください。**	
	1	a. 血圧を下げる薬	1.　はい	2.　いいえ
	2	b. 血糖を下げる薬または、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（人口透析など）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りますか。		1.　はい	2.　いいえ
8	現在、タバコを**習慣的**に吸っていますか。 ※**「現在習慣的に喫煙している」**とは、条件１と条件２を両方満たす方です。 【条件1】最近１ヵ月間吸っている。 【条件2】生涯で６ヵ月間以上吸っている。または、合計１００本以上吸っている。		1.　はい　【条件1】【条件2】を両方満たす。 2.　以前は吸っていたが、最近１ヵ月間は吸っていない。【条件2】のみ満たす。 3.　いいえ（1.2以外）	
9	20歳の時の体重から、10kg以上増加していますか。		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年以上実施していますか。		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ますか。		1.　はい	2.　いいえ

裏面に続きます

	質　問　事　項	回　　答 （該当する番号に、〇をつけてください。）	
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して、歩く速度は速いと感じますか。	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、かみ合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、食べる速度が速いと感じますか。	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回以上ありますか。	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回以上ありますか。	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。 ※7.「やめた」とは、過去に月１回以上の習慣的な飲酒歴があり、最近１年以上、酒類を摂取していない方。	1.　毎日	2　週　5～6回
		3.　週　3～4回	4.　週　1～2回
		5.　月に1～3回	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日あたりの飲酒量は、どのくらいですか。 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・約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、十分に取れていますか。	1.　はい	2.　いいえ
21	運動や食生活等の生活習慣の改善を、 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ヵ月以内）	
		3.　近いうちに（概ね1ヵ月以内）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ヵ月未満）	
		5.　既に改善に、取り組んでいる。 （6ヵ月以上）	
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

【健保記入欄】

請求書受付日	
検査結果受付日	
備考	

健保受付印