

【申請書送付先】(業務委託先機関：株式会社バリューHR)

FAX：0172-31-3088

郵送先：〒036-8186 青森県弘前市大字富田三丁目 9-4
株式会社バリューHR 健診カスタマーサービス宛※健診予約システムから
予約申請できない方はこちらの用紙
をご利用ください

神奈川県市町村職員共済組合 予約申請書

ーお申込みについてー

健診機関へ予約後に、本申請書へ必要事項をご記入の上、上記【申請書送付先】へ FAX または郵送してください。
ご提出がない場合、共済組合補助が受けられない場合がございますので、必ずご提出ください。

なお、2 枚目の『問診アンケート』及び 3 枚目の『個人情報の提供及び健診結果の共有に関する同意』も忘れずに『予約申請書』と一緒にご提出ください。

※太枠内をすべてご記入ください

◆組合員情報

組合員名	フリガナ	マイナ保険証・組合員証(健康保険証)・資格確認書等			
	氏 名	記 号	番 号	記 号	番 号

◆健診予約情報

※健診機関へ予約した内容をご記入ください。

受診予約日	年 月 日			
健診機関名			健診機関受付者名 ※任意	
			申込日 ※任意	年 月 日
受診者	フリガナ		性 男 ・ 女	続柄 本人 ・ 被扶養者
	氏 名		生年月日 西暦 年 月 日	

予約内容

※基本コースの他にオプション検査を申し込んだ場合は、該当する項目に☑してください。

基本コース	☐ 人間ドック※胃バリウムコース	契約金額の 6 割を共済組合が補助 (上限 26,000 円)
	☐ 人間ドック※胃カメラコース	
	☐ 人間ドック※胃部検査なしコース	契約金額の 6 割を共済組合が補助 (上限 20,000 円)
	☐ 生活習慣病健診	契約金額の 6 割を共済組合が補助
オプション検査	☐ 子宮がん検査 (子宮頸部細胞診)	契約金額の 6 割を共済組合が補助
	☐ 乳がん検査 (マンモグラフィ)	契約金額の 6 割を共済組合が補助
	☐ 乳がん検査 (乳房超音波)	※両方受診する場合は、高い方が組合補助、安い方が自己負担
	☐ 脳検査 (脳 MRI/MRA または脳 CT+頸動脈エコー)	契約金額の 6 割を共済組合が補助 (上限 20,000 円)
	☐ 便潜血検査 (生活習慣病健診オプション)	契約金額の 6 割を共済組合が補助
	☐ 腹部超音波検査 (生活習慣病健診オプション)	契約金額の 6 割を共済組合が補助

◆連絡先/書類・検査キット受取先

健診キット・健診結果 受取先 住所	〒 - 都道府県	
申請確認書類の 受取 FAX 番号	FAX	-
連絡先	※健診機関より連絡が入る場合がございます。日中連絡のとれる番号をご記入ください。	
	☐ 自宅 ☐ 会社 ☐ 携帯	-

受診者 情報	氏 名	マイナ保険証・組合員証(健康保険証)・資格確認書等 記号・番号			
		記号		番号	

受診される方全員、下記アンケートにご回答ください。必ず全項目、☑をお願いします。

未記入の場合、ご連絡いたします。

1. 現在、血圧を下げる薬を使用していますか。	☐ はい ☐ いいえ
2. 現在、血糖を下げる薬又はインスリン注射を使用していますか。	☐ はい ☐ 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ますか。	☐ はい ☐ いいえ
4. 医師から、脳卒中（脳出血、脳梗塞等）にかかっていると言われたり、治療を受けたことがありますか。	☐ はい ☐ いいえ
5. 医師から、心臓病（狭心症、心筋梗塞等）にかかっていると言われたり、治療を受けたことがありますか。	☐ はい ☐ 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言われたり、治療（人工透析など）を受けていますか。	☐ はい ☐ いいえ
7. 医師から、貧血と言われたことがありますか。	☐ はい ☐ 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 1 0 0 本以上吸っている）	☐ はい（条件 1 と条件 2 を両方満たす） ☐ 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） ☐ いいえ（①②以外）
9. 20 歳の時の体重から 10kg 以上増加していますか。	☐ はい ☐ 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。	☐ はい ☐ 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 時間以上実施していますか。	☐ はい ☐ 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。	☐ はい ☐ 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。	☐ 何でもかんで食べることができる ☐ 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 ☐ ほとんどかめない
14. 人と比較して食べる速度が速いですか。	☐ 速い ☐ ふつう ☐ 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。	☐ はい ☐ 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。	☐ 毎日 ☐ 時々 ☐ 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。	☐ はい ☐ 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）	☐ 毎日 ☐ 週 5～6 日 ☐ 週 3～4 日 ☐ 週 1～2 日 ☐ 月に 1～3 日 ☐ 月に 1 日未満 ☐ やめた ☐ 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 合未満 ☐ 1～2 合未満 ☐ 2～3 合未満 ☐ 3～5 合未満 ☐ 5 合以上
20. 睡眠で休養が十分とれていますか。	☐ はい ☐ 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。	☐ 改善するつもりはない ☐ 改善するつもりである（概ね 6 ヶ月以内） ☐ 近いうちに（概ね 1 ヶ月以内）改善するつもりであり、少しずつ始めている ☐ 既に改善に取り組んでいる（6 ヶ月未満） ☐ 既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、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか。	☐ はい ☐ いいえ

【個人情報について】ご記入された個人情報は、個人情報保護法のもと神奈川県市町村職員共済組合の保健事業および健康支援事業の目的に使用されます。

この情報は神奈川県市町村職員共済組合および業務委託会社である株式会社バリューHRに提供されます。

ご同意の上、お申込みください。

【健診結果について】健診結果は、疾病予防対策として、神奈川県市町村職員共済組合および業務委託会社である株式会社バリューHRに適正に共有されます。ご同意の上、お申込みください。

【問合せ先】 株式会社バリューHR 健診カスタマーサービス （平日 9：30-17：00）

TEL : **0570-001-859**

E-mail : kensin-kanagawa-kyosai@apap.jp