

申込書太枠内を全てご記入の上、  
必ず事前にご提出下さい。

【契約外健診機関用】

【書式13-2】

令和〇〇年〇〇月〇〇日

## 人間ドック利用申込書（契約外健診機関用）

三菱UFJ銀行健康保険組合理事長殿

下記のとおり、契約外の健診機関で人間ドックを受診したいので利用申込をいたします。

被保険者	氏名	健保 太郎（被扶養者名ではありません）									
	連絡先電話番号	自宅 000（000）0000					勤務先（外線又は内線） 99-000 -0000				
	記号	0	0	0	0	番号	0	0	0	0	0
受診者	住所	(〒000 - 0000 ) 〇〇県〇〇市〇〇町1-1									
	フリガナ	ケンボ アイコ									
	氏名	健保 愛子									
	生年月日	昭和 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日生（〇〇才）									
	連絡先電話番号	自宅 / 00 - 0000 - 0000					携帯 / 000 - 0000 - 0000				
受診日	令和 〇〇年〇〇月〇〇日	受診健診機関名 (都道府県名)	〇〇クリニック ( 〇〇県 )			健診機関電話番号 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇					
	申請者確認 (レ点)	確認欄	この申請書については下記①又は②の要件を満たしたものである ①申請者本人（被保険者）が作成したものである。 ②記載内容については誤りが無く申請者本人が確認している。								
前回受診	令和 年 月	契約外健診機関での受診は、バリューHR社の健診予約システムを利用した契約健診機関での受診に比べ、補助限度額が2万円減額となることに同意します。							左記了解しました(レ点) <input checked="" type="checkbox"/>		
資格取得日	平・令 年 月 日										
認定日	平・令 年 月 日	補助金請求時に、「特定健診を含む健診結果(*)」を添付して申請します。 (*)・・・下記ご参照							左記了解しました(レ点) <input checked="" type="checkbox"/>		
喪失予定日	令和 年 月 日										
(参考)	補助限度額	本人(被保険者) : 30,000円、被扶養者 : 20,000円									

切り取り線

### 契約外健診機関にて人間ドックご利用予定の方へ

- 受診資格者は、35歳以上（年度末年齢を基準とする）の特例退職、任意継続の被保険者と全ての被扶養者。  
（現役被保険者は利用出来ません）
- 契約をしていない健診機関で人間ドックを受診する場合は、**受診コースに特定健診項目(\*)が含まれているかを必ず確認の上、**予約をとって受診してください。
- 人間ドックご利用の際は、健診機関に人間ドック受診の申込みをした後、上記の「人間ドック利用申込書」に必要事項を記入の上、**必ず事前**に健康保険組合宛、お送りください。  
（手続きの関係上、人間ドック受診日は申込書をお送り頂く日より2週間以上先の予約をお願いします）  
健康保険組合にて受付後、受診者ご自宅宛「書式13-2-1人間ドック補助金支給申請書」を郵送致します。
- 被保険者資格喪失後の受診はできません。

(\*)「特定健診を含む健診結果」は以下の健診項目が必須となります。**注：一項目でも未受診の場合は補助対象外となります。**

区分	内容			
基本的な健診の項目	既往歴の調査（服薬歴及び喫煙習慣の状況に係る調査を含む）※詳細は次ページ参照			
	自覚症状及び他覚症状の検査			
身体計測	身長	体重	腹囲	BMI
血圧	収縮期血圧	拡張期血圧		
血中脂質検査（中性脂肪はどちらかの項目で可）	空腹時中性脂肪	随時中性脂肪	HDL-コレステロール	LDL-コレステロール
肝機能検査	A S T	G O T	A L T	G P T
	γ-GT (γ-GTP)			
血糖検査（いずれかの項目で可）	空腹時血糖	ヘモグロビンA1c	随時血糖	
尿検査	糖	蛋白		

【郵便】〒105-0014 東京都港区芝2-4-3

三菱UFJ銀行健康保険組合 保健事業部宛 (TEL 050-3613-3125)

【行内メール】 東日本 7872-50 三菱UFJ銀行健康保険組合 保健事業部宛

※既往歴の調査（服薬歴や喫煙習慣等）については、以下の質問（標準的な質問票）にご回答いただきます。

質問項目		回答
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ヶ月間吸っている 条件2:生涯で6ヶ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ヶ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	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	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）
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

## 人間ドック補助金支給申請書

三菱UFJ銀行健康保険組合理事長殿

契約外健診機関で人間ドックを利用しましたので領収書(原本)及び健診結果(写し)を添え補助金支給申請いたします。

被保険者	氏名	健保 太郎 (被扶養者名ではありません)									
	連絡先電話番号	自宅 000(000)0000					勤務先(外線又は内線) 99-000-0000				
	記号	0	0	0	0	番号	0	0	0	0	0
受診者	住所	(〒000-0000) 〇〇県〇〇市〇〇町1-1									
	フリガナ	ケンポ アイコ							(番号を〇で囲んでください)		
	氏名	健保 愛子							1. 本人(特例退職被保険者) 2. 本人(任意継続被保険者) 3. 被扶養者(本人以外)		
	生年月日	昭和 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日生 (〇〇才)									
	連絡先電話番号	自宅/ 00-0000-0000					携帯/ 000-0000-0000				
申請者確認(シ点)	確認欄	この申請書については下記①又は②の要件を満たしたものである									
	<input checked="" type="checkbox"/>	①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容については誤りが無く申請者本人が確認している。									

## ※補助限度額

・本人(被保険者): 30,000円 ・被扶養者: 20,000円

のり付け部分

(領収書貼付個所)

※領収書は医療機関発行の原本を添付してください。

尚、ジャーナル式のレシートは不可です。

※領収書に宛名(受診者氏名)、医療機関の名称、受診日、ドック費用額が記載されていることを確認してください。

◎本申請書に添付された健診結果の確認後、補助金支給手続きとなりますので  
頂いた健診結果への問合せ等で、補助金支給まで対応の期間を要する場合があります。

受付日

決定日

( . . ) ( . . )

常務理事	事務長	部長	担当

## ※健保使用欄

補助金種別	金額	補助金支給額合計	特定健診データ登録日	再鑑	担当
① 人間ドック					
② 特定健診					
③ データ作成					

【郵便】〒105-0014 東京都港区芝2-4-3

三菱UFJ銀行健康保険組合 保健事業部宛 (TEL050-3613-3125)

【行内メール】東日本 7872-50 三菱UFJ銀行健康保険組合 保健事業部宛