

# 令和8年度 40歳未満事業者健診補助について

医師国保に加入されている40歳未満の方を対象に、事業者健診(労働安全衛生法に基づく健康診断)費用の一部補助をいたします。

健康診査に限り自家健診を認めておりますので、自己の診療所で実施された場合(自家健診)でも、ご申請いただけます。

下記の内容をご確認いただきご申請ください。

## 記

実施期間	令和8年4月1日～令和9年3月31日
対象者	40歳未満で、労働安全衛生法に基づく健康診断を実施された医師国保加入者 (注)当該年度中に40歳になる方は対象外
申請方法	「令和8年度 40歳未満事業者健診補助金支給申請書」に、問診票と健診結果または健診結果のコピーを添付の上、診療所内でまとめてご申請ください。 ※ 問診票と健診結果は、自院で使用されているものでも差し支えございません。
提供健診項目 (必須項目)	問診 自覚症状及び他覚症状の有無 身長、体重、BMI、腹囲 血圧測定 肝機能検査(GOT(AST)、GPT(ALT)、 $\gamma$ -GTP( $\gamma$ -GT)) 血中脂質検査(中性脂肪(空腹時または随時)、HDLコレステロール、LDLコレステロールまたはnon-HDLコレステロール) 血糖検査(空腹時血糖またはHbA1cまたは随時血糖) 尿検査(尿糖、尿蛋白) 医師の判断
※ ご提供いただきました健診結果を、マイナポータルに反映いたしますので、検査未実施や記入漏れなどがありますとデータが作成できませんのでご注意ください。	
補助金額	@3,000円(年度内1人につき1回限り)
申請期限	令和9年4月30日まで 【注】申請期限内にご提出ください。 申請期限を過ぎますと、期間内に実施されていても、 <u>補助金のお支払いをすることができません</u> のでご了承ください。

# 令和8年度 40歳未満事業者健診補助金支給申請書

## 健診結果提供者明細表

No.	記号番号	被保険者氏名	生年月日	受診日
1	31-		昭・平 年 月 日 (満 歳)	令和 年 月 日
2	31-		昭・平 年 月 日 (満 歳)	令和 年 月 日
3	31-		昭・平 年 月 日 (満 歳)	令和 年 月 日
4	31-		昭・平 年 月 日 (満 歳)	令和 年 月 日
5	31-		昭・平 年 月 日 (満 歳)	令和 年 月 日
6	31-		昭・平 年 月 日 (満 歳)	令和 年 月 日
7	31-		昭・平 年 月 日 (満 歳)	令和 年 月 日
8	31-		昭・平 年 月 日 (満 歳)	令和 年 月 日
9	31-		昭・平 年 月 日 (満 歳)	令和 年 月 日

40歳未満 事業者健診結果提供	人数	提供料	請求金額合計
	人	一人につき3,000円	円

振 込 先	金融機関コード	店番号	種別	普通・当座・他( )	フリ ガナ
	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合	支店 本店 出張所	口座 番号		

※お願い 通帳に記載されている名義を必ずご記入ください

上記のとおり 健診結果 と 問診票 を添えて申請します。

令和 年 月 日

〒

診療所住所

診療所名称

氏 名

記号番号	31 -																		
------	------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

神奈川県医師国民健康保険組合 理事長 殿

※ この申請で知り得た個人情報は、法令に定める場合を除き、組合業務の目的以外で使用することはありません。

【送付先】 〒231-0037 神奈川県横浜市中区富士見町3-1 神奈川県総合医療会館4階  
神奈川県医師国民健康保険組合 TEL (045)231-2685

【提出期限】 令和9年4月30日まで

# 問 診 票

記号番号	3 1 -	氏 名	
------	-------	-----	--

NO	質問項目	選択肢	回答欄 (番号)
1-3	現在、次の a ~ c の薬を服用していますか		
1	a. 血圧を下げる薬	① はい      ② いいえ	
2	b. インスリン注射又は血糖を下げる薬	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)にかかっているとされたり、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)にかかっているとされたり、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されたり、治療(人工透析)を受けていますか。	① はい      ② いいえ	
7	医師から、貧血と言われたことがありますか。	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」とは、条件1と条件2を両方満たす方 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以上増加していますか。	① はい      ② いいえ	
10	1回30分以上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。	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ですか。	① はい      ② いいえ	
13	食事を噛んで食べる時の状態はどれにあてはまりますか。	① 何でも噛んで食べることができる ② 歯や歯茎、噛み合わせなどを気になる部分があり、噛みにくいことがある ③ ほとんど噛めない	
14	人と比較して食べる速度が速いですか。	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。 ※「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方のうち、最近1年以上酒類を摂取していない方	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(アルコール度数5度・500ml)、焼酎(アルコール度数25度・約110ml)、 ワイン(アルコール度数14度、約180ml)、ウイスキー(アルコール度数43度・60ml)、 缶チューハイ(アルコール度数5度・約500ml、アルコール度数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ますか。	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)	

# 健康診断個人票(40歳未満用)

氏名		受診日 令和 年 月 日
----	--	--------------

既往歴	なし・あり(病名)
自覚症状	なし・あり(症状)
他覚症状	なし・あり(症状)
採血時間	食後10時間以上・食後3.5時間以上10時間未満・食後3.5時間未満

区分	項目	結果
身体計測	身長	(cm)
	体重	(kg)
	腹囲	(cm)
	B M I	
血圧	収縮期血圧	(mmHg)
	拡張期血圧	(mmHg)
血中脂質検査	空腹時中性脂肪	(mg/dl)
	または 随時中性脂肪	(mg/dl)
	HDL-コレステロール	(mg/dl)
	LDLコレステロール	(mg/dl)
	または non-HDLコレステロール	(mg/dl)
肝機能検査	G O T ( A S T )	(IU/l)
	G P T ( A L T )	(IU/l)
	γ-GTP(γ-GT)	(IU/l)
血糖検査 <small>(いずれかの項目の実施で可)</small>	空腹時血糖	(mg/dl)
	ヘモグロビンA1c	(%)
	随時血糖	(mg/dl)
尿検査	糖	
	蛋白質	

医師の判断			
受診医療機関		判断した医師氏名	