【提携外施設での人間ドック受診用】【35歳未満　被扶養者･任継者の一般健診受診用】

コムシスホールディングス健康保険組合

2026年度　健康診断･人間ドック補助金　申請書

受診期間:2026年(令和8年)4月1日～2027年(令和9年)3月31日迄

※鉛筆・消えるボールペン不可　　※記入例を参考にご記入ください。　　**※在職者の方は給与口座へ還付します。最短４ヶ月～かかりますがご了承ください。**

被保険者名		被保険者等	記号　　番号 ―	所属会社名	
				日中連絡先	―　　―
フリガナ		性別	続柄	受診者の生年月日	受診時年齢
受診者名			本人・配偶者・その他（　　）	昭和 平成　年　月　日	歳
受診日	年　月　日	健診機関名			
本人確認 (✓か○)	□	当申請については、１または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ないか申請者本人が確認している。			
承諾欄 (✓か○)	□	本補助金還付の受領を、給与と共に振り込むことに関して事業主に委任します。（任意継続者を除く） 健診の補助対象項目とその金額が添付資料にて確認できない場合、健康保険組合にて補助額を算定することに承諾します。 例）一般健康診断にて、補助対象項目以外の検査項目を受診しているが総額しか明示されない場合 例）人間ドックにて、対象検査以外の項目が入ったセット料金、または人間ドック本体に対象検査が含まれている等の事情で 対象検査のみの合計額が不明な場合　等			

請求内容

□ 一般健康診断（35歳未満の被扶養者・任意継続被保険者・任意継続被扶養者）　⇒ 補助額上限7,000円

□ 人間ドック

人間ドック本体の支払額(税込)		自己負担額(一律)		自己負担額を除いた受診費用		補助額
円	－	10,000円	＝	A	⇒	Aが35,000円以下 ⇒Aの額 Aが35,000円超 ⇒35,000円

オプション補助金請求(人間ドックのみ)

下に定める「対象検査」のみが補助の対象です。受診した項目に○をつけてください。

人間ドック本体額にオプション項目が含まれている場合も、含まれていた項目を選択してください。

胸部CT		乳マンモ		前立腺がん	
喀痰		乳エコー		HCV抗体	
大腸カメラ		子宮頸部		HBs抗原	
胃カメラ(※)		経膣エコー		HBs抗体	
ペプシノゲン		HPV			
ピロリ菌					

（※）胃X線から胃カメラへの変更差額を含む

B　対象検査のみの合計(税込)		補助額
円	⇒	Bが6,000円以下 ⇒Bの額 Bが6,000円超 ⇒6,000円

添付書類確認欄

提出前に添付書類が揃っているかご確認ください。

□　領収書 原本（受診者名のわかる領収書/人間ドックとオプション分の領収書は分けること）

□　健診結果の写し（健診機関から提示されたすべての結果（問診も含む）を提出。結果の一部や黒塗での提出は不可）

□　当申請書２枚目の問診票（健診結果の写しに問診内容が含まれている場合は不要）

□　【オプション項目申請時】支払内訳のわかる請求明細書等（明細が無い場合は料金表等で領収金額と合致するもの）

退職後、任意継続被保険者として加入されている方（記号が２で始まる方のみ）

振込先の口座情報が必要です。　通帳の写し等を同封いただくか、下に情報を記入願います。ただし被保険者名の口座に限ります。

銀行名	在職者の方は記入しないでください （※後日、給与口座へ還付します）			支店 営業所	
口座種別	普通 当座	口座番号		口座名義 (フリガナ)	

送付・お問い合わせ先

〒859-3226
長崎県佐世保市崎岡町3068-9　佐世保情報産業プラザ第2棟2F
ウィーメックス株式会社健康検診部
コムシスホールディングス健康保険組合 受付係　　TEL：0120-507-066

こちらの用紙は、健診機関から提示された健診結果に【問診内容】が含まれている場合は提出不要です。 また40歳未満の方も提出不要です。

コムシスホールディングス健康保険組合

2026年度　健康診断・人間ドック補助金　申請書（問診票）

※申請書1枚目と用紙が分かれてしまった場合のために、受診者名と記号番号の記入にご協力ください。

受診者名（問診回答者）		被保険者等	記号　　番号

問診結果をご記入ください

1. 血圧を下げる薬を服用していますか	☐ はい	☐ いいえ	
2. インスリン注射または血糖を下げる薬を服用していますか	☐ はい	☐ いいえ	
3. コレステロールや中性脂肪を下げる薬を服用していますか	☐ はい	☐ いいえ	
4. 医師から脳卒中（脳出血、脳梗塞等）にかかっているといわれたり、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）にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか	☐ はい	☐ いいえ	
6. 医師から慢性の腎不全にかかっているといわれたり、治療（人工透析など）を受けたことがありますか	☐ 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	☐ はい 条件1,2とも に満たす	☐ 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)	☐ いいえ 条件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	☐ 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年以上にわたって実施していますか	☐ 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、かみ合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	☐ 普通	☐ 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）を飲む頻度はどれくらいですか 「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(※)はどれくらいですか	☐ 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すか	☐ 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	

※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)