

# 申請書の記載例◆A 健康保険組合（被保険者 2,000 人、被扶養者 1,000 人）

## 1. 特定健診（受診率：40%見込み）

|                                   |         |         |                 |    |                 |
|-----------------------------------|---------|---------|-----------------|----|-----------------|
| (1) 対象者数（任継 50 人含む：4 月 1 日時点の対象者） | 1,050 人 |         |                 |    |                 |
| ①集合契約を利用（自己負担なし）                  | 300 人   | 一人当たり金額 | 7,020 円         | 計  | 2,106,000 円 ……イ |
| ②人間ドック等を利用(自己負担なし)                | 120 人   | 一人当たり金額 | 35,000 円        | (計 | 4,200,000 円)    |
| 内特定健診部分の経費(平均)                    | 7,500 円 | ×       | 120 人           | 計  | 900,000 円 ……ロ   |
| (2) 受診券印刷経費等（封筒代含む）               | 50 円    | ×       | 300 人           | 計  | 15,000 円 ……ハ    |
| (3) 受診者に対する情報提供資料（パンフレット）の経費      | 50 円    | ×       | 420 人           | 計  | 21,000 円 ……ニ    |
| (4) 受診券・情報提供資料の送付代                | 82 円    | ×       | (300 人 + 420 人) | 計  | 59,040 円 ……ホ    |

※単なる受診勧奨の広報や普及啓発用のパンフレットの購入費や発送費用等は補助対象外

特定健診に係る対象経費 総額 3,101,040 円 ……ヘ

## 2. 特定保健指導（利用率：45%見込み）

|  |           |         |          |   |                 |
|--|-----------|---------|----------|---|-----------------|
| (1) 動機付け支援（自己負担なし）                           | 対象者：283 人 |         |          |   |                 |
| ①「動機付け支援（了）」予定者                              | 65 人      | 一人当たり金額 | 7,560 円  | 計 | 491,400 円 ……ト   |
| ②「初回面接のみ」予定者                                 | 63 人      | 一人当たり金額 | 6,048 円  | 計 | 381,024 円 ……チ   |
| ③「実績評価のみ」予定者（前年度に初回面接を実施し、今年度に 6 か月後評価を行うもの） | 58 人      | 一人当たり金額 | 1,512 円  | 計 | 87,696 円 ……リ    |
| (2) 積極的支援（自己負担なし）                            | 対象者：242 人 |         |          |   |                 |
| ①「積極的支援（了）」予定者                               | 55 人      | 一人当たり金額 | 23,760 円 | 計 | 1,306,800 円 ……又 |
| ②「初回面接のみ」予定者                                 | 54 人      | 一人当たり金額 | 9,504 円  | 計 | 513,216 円 ……ル   |
| ②「実績評価のみ」予定者（前年度に初回面接を実施し、今年度に 6 か月後評価を行うもの） | 47 人      | 一人当たり金額 | 14,256 円 | 計 | 670,032 円 ……ヲ   |
| (3) 組合が自前で保健指導を行う場合の血圧計等の購入(新規) 一式           |           |         |          | 計 | 320,000 円 ……ワ   |

特定保健指導に係る対象経費 総額 3,770,168 円 ……カ

別紙様式第1

( 保険者入力用 )

|        |           |
|--------|-----------|
| ①組合コード | 12345     |
| ②文書番号  | 健連発第●●号   |
| ③申請年月日 | 平成29年6月1日 |

厚生労働大臣 ④ 塩崎 恭久 殿

⑤ けんぽれん 健康保険組合 理事長 ⑥ 健保 太郎 印

平成 2 9 年度健康保険組合特定健康診査・保健指導国庫補助金の交付申請について

標記について、次により国庫補助金を交付されるよう関係書類を添えて申請する。

- 申請額 金 1,461,000円
- 平成29年度健康保険組合特定健康診査・保健指導補助金所要額内訳(別紙)
- 添付書類  
(1) 平成29年度歳入歳出予算概要表(その1、その2)等抄本  
(2) その他参考となる書類
- 変更申請の場合は、1にかかわらず次のとおりとする。

申請額 金 円 (A)

この枠内は、入力用部分になります。実際に印刷される部分は  
この枠より下の部分になりますのでご注意ください。  
※シート「1 申請書」の印刷時「①組合コード」部分は印字されません。

変更増△減額 金 円 (A) - (B)

↓↓↓ 以下が印刷されます。(提出用となります。) ↓↓↓

- ① 組合コード(5桁) 入力後、確認画面がでますので『はい』をクリックください。  
(印刷はされません) ※間違いが多いとの指摘を厚労省よりうけておりますので、  
再度組合コード(5桁)に間違いがないかご確認ください。
- ② 文書番号 貴組合の文書発信の際に付番する番号等を記入ください。
- ③ 交付申請年月日 ※平成〇〇年〇月〇日

④ 厚生労働大臣名 平成29年6月1日現在「塩崎 恭久」

⑤ 健保組合名 正式名称を入力ください。

⑥ 理事長名 理事長名を入力ください。

<別紙様式第1(申請書)記載要領>

- シート「1 申請書」の①、④、⑤、⑥を入力ください。  
①→シート「4 所要額内訳」「5 集計表」に転記されます。  
⑤→シート「2 健診内訳」～「5 集計表」に転記されます。
- 「2 健診内訳」を記入ください。
- 「3 保健指導内訳」を記入ください。
- 「4 所要額内訳」を記入ください。
- 「5 集計表」に担当者名等を記入ください。
- 「1 申請書」の申請額が自動入力されているかを確認ください。
- 「1 申請書」の②、③を記入ください。
- 入力内容に誤りがないか、すべて入力されているかを確認ください。
- シート「1 申請書」～「4 所要額内訳」を印刷ください。
- 組合印、理事長印を押印の上、添付書類を添えて厚生労働省へ提出ください。

各シートごとの記載例や留意事項をご確認の上入力ください。

(1) 特定健康診査経費別内訳

( けんぽれん健康保険組合 )

| 分類                         | 基準額       |      |                             | 対象経費支出予定額      |              |   |   |  |           |
|----------------------------|-----------|------|-----------------------------|----------------|--------------|---|---|--|-----------|
|                            | 実施人員      | 基準単価 | 所要額                         | (B) 欄の内訳       |              |   |   |  |           |
|                            | 人         | 円    | 円                           | 円              |              |   |   |  |           |
| 特定健康診査                     |           |      |                             |                |              |   |   |  |           |
| 対象者数 (人)                   |           |      |                             |                |              |   |   |  |           |
| 被扶養者                       | 1,000     |      |                             |                |              |   |   |  |           |
| 任意継続被保険者                   | 50        |      |                             |                |              |   |   |  |           |
| 特例退職被保険者                   | 0         |      |                             |                |              |   |   |  |           |
| 合計                         | 1,050     |      |                             |                |              |   |   |  |           |
| ※当該年度の4月1日現在における対象者数。      |           |      |                             |                |              |   |   |  |           |
| ※実施人員数では                   |           |      |                             |                |              |   |   |  |           |
| 平成29年4月1日現在の対象者の人数をそれぞれ記載。 |           |      |                             |                |              |   |   |  |           |
| ※集団・個別の定義については、交付要綱の表欄     |           |      |                             |                |              |   |   |  |           |
|                            | 集団健康診査    | 単独実施 | 基本項目のみ 420人<br>基本項目+詳細項目 0人 | 1,396<br>1,693 | 586,320<br>0 | 諸謝金、賃金 1式 × =<br>旅費 1式 × =<br>消耗品費 1式 × =<br>印刷製本費 1式 × 36,000 = 36,000<br>通信運搬費 1式 × 59,040 = 59,040<br>光熱水料 1式 × = 0<br>借料及び損料 1式 × = 0<br>保険料 1式 × = 0<br>雑役務費 1式 × = 0<br>委託料 1式 × 3,006,000 = 3,006,000<br>共同事務費(負担金) 1式 × = 0 | 【自前で実施している場合】<br>実施費用(補助金対象者分)の費用を各項目ごとに記入する。 | 【受診券の印刷代等】<br>(ハ)+(ニ)、(ホ)<br>※集合契約に係る受診券の印刷代や発送費用は、印刷製本費、通信運搬費の欄に記入する。 |           |
|                            | 小計(a)     |      | 420人                        |                | 586,320      |   |   |  |           |
|                            | 個別健康診査    | 単独実施 | 基本項目のみ 0人<br>基本項目+詳細項目 0人   | 1,830<br>2,200 | 0<br>0       |   |   |  |           |
|                            | 小計(b)     |      | 0人                          |                | 0            |   |   |  |           |
|                            | 合計(a)+(b) |      | 420人                        |                | 586,320      |   |   |  |           |
|                            |           |      |                             |                |              |   |   |  | 3,101,040 |

グレーの部分が  
入力欄です。  
その他の欄は、  
自動入力されます。

実施人員(左側記載の人数)に  
応じた所要額が自動計算される。

【外部委託で実施している場合】  
(イ)+(ロ)  
実施費用(補助金対象者分)の総額を  
「委託料」の欄に記入する。  
※集合契約の請求業務に係る支払基金  
の事務代行手数料を除く。

【人間ドック、生活習慣病健診について】  
(イ)+(ロ)の人数  
人間ドックや生活習慣病健診を実施した場合であ  
っても、貧血検査等がはじめから項目に含ま  
れていて一律に実施された場合は「基本項目の  
み」の区分になります。

【基本項目+詳細項目について】  
基準に基づき、医師が必要と判断し、「貧血検  
査」「心電図検査」「眼底検査」のいずれか1つ  
でも実施した場合は、この区分で計上する。  
※検査項目に予め含まれている場合は「基本  
項目のみ」の区分となる。

(注) 1 対象者数は、当該年度の4月1日における対象者数を記入すること。(除外規定に該当することが明らかな場合は除外すること。)

2 「対象経費支出予定額」欄の実施人員は、特定健診の実施形態別に人員数を記載すること。

3 「対象経費支出予定額」欄の委託料は、実施機関からの請求(見込)額を計上すること。

(2) 特定保健指導経費別内訳

( けんぽれん健康保険組合 )

| 分類   | 基準額   |      |         | 対象経費支出予定額   |                             |
|--|-------|------|---------|-------------|-----------------------------|
|  | 実施人員  | 基準単価 | 所要額     | (B) 欄の内訳    |                             |
|  | 人     | 円    | 円       | 金額<br>円     |                             |
| 特定保健指導   |       |      |         | 諸謝金、賃金      | 1 式 × = 0                   |
| 対象者数 (人)   |       |      |         | 旅費          | 1 式 × =                     |
| 動機付け支援   | 283   |      |         | 消耗品費        | 1 式 × =                     |
| 積極的支援  | 242   |      |         | 印刷製本費       | 1 式 × =                     |
| 合計   | 525   |      |         | 通信運搬費       | 式 × =                       |
| ※前年度に初回面接を行い、本年度に実績評価 (積極的支援の場合は、継続的支援及び実績評価) を行った者の (「実績評価のみ」) を含む。 |       |      |         | 光熱水料        | 式 × = 0                     |
| ※実施人員数ではない。  |       |      |         | 借料及び掛       | 式 × = 0                     |
|  |       |      |         | 保険料         | 式 × = 0                     |
|  |       |      |         | 雑役務費        | 式 × = 0                     |
|  |       |      |         | 委託料         | 1 式 × 3,450,168 = 3,450,168 |
|  |       |      |         | 備品購入費       | 1 式 × 320,000 = 320,000     |
|  |       |      |         | 共同事務費 (負担金) | 1 式 × = 0                   |
|  |       |      |         | 動機付け支援 (了)  | 65 人                        |
|  |       |      |         | 初回面接のみ      | 63 人                        |
|  |       |      |         | 実績評価のみ      | 58 人                        |
|  |       |      |         | 積極的支援 (了)   | 55 人                        |
|  |       |      |         | 初回面接のみ      | 54 人                        |
|  |       |      |         | 実績評価のみ      | 47 人                        |
| 合計   | 342 人 |      | 875,304 |             | 342 人                       |
|  |       |      |         |             | 3,770,168                   |

＜自前で実施している場合＞  
実施費用(補助金対象者分)の費用を各項目ごとに記入する。

＜外部委託で実施している場合＞  
(ト)+(チ)+(リ)+(ヌ)+(ル)+(ヲ)  
実施費用(補助金対象者分)の総額を「委託料」の欄に記入する。  
※集合契約の請求業務に係る支払基金の事務代行手数料を除く。

※集合契約に係る利用券の印刷代や発送費用は、印刷製本費、通信運搬費の欄に記入する。

グレーの部分が  
入力欄です。  
その他の欄は、  
自動入力されます。

実施人員(左側記載の人数)に  
応じた所要額が自動計算される。

20年度～28年度の実績を基に、  
29年度特定保健指導対象者数を  
記入ください。  
なお、28年度初回面接を実施し、  
29年度実績評価を実施する予定  
の人数も含めて計上ください。

【区分の仕方について】  
(ト)+(チ)+(リ)+(ヌ)+(ル)+(ヲ)  
「脚注3～5」及び別添「留意事項」の区  
分例①～⑤を参考に区分してください。

- (注) 1 対象者数は、特定健康診査の結果、階層化により特定保健指導の対象となった者の人数を記入すること。
- 2 「対象経費支出予定額」欄の実施人員は、特定保健指導の実施形態、実施状況毎に実施人員数を記載すること。
- 3 「動機付け支援(了)」および「積極的支援(了)」欄の実施人員は、当該年度内に初回面接から実績(6ヶ月後)評価まで全てを行う者(予定含む)を計上すること。  
 (※) 「初回面接のみ」欄と「実績評価のみ」欄の合計数ではない。  
 (※) 「積極的支援(了)」欄においては、継続的支援が途中終了の場合も同様の扱いである。
- 4 「初回面接のみ」欄の実施人員は、当該年度は初回面接のみを行い、実績評価は翌年度になる者を計上すること。
- 5 「実績評価のみ」欄の実施人員は、前年度に初回面接を行い、当該年度は実績(6ヶ月後)評価のみを行う者を計上すること。  
 なお、積極的支援の場合は、継続的支援が途中終了の場合も同様の扱いである。
- 6 「対象経費支出予定額」欄の委託料は、実施機関からの請求(見込)額を計上すること。

別紙

※脚注2、3を参考に記入すること。  
 <自己負担を徴収している場合の記載方法>  
 1. 実施機関において自己負担を加入者から全額徴収し、自己負担を除いた実施費用を実施機関に支払っている場合は「0」を記入。  
 2. 組合が加入者から直接自己負担を徴収し、収入として計上されている場合は、徴収した自己負担額の総額を記入。

健康保険組合特定健康診査・保健指導補助金所要額内訳

( けんぽれん健康保険組合 健康保険組合コード： 12345 )

| 区分     | 基準額      | 対象経費支出<br>予定額 | 寄付金その他の<br>収入予定額 | 差引額       | 国庫補助金<br>基本額 | 国庫補助金<br>所要額 | ◎申請額  |
|--------|----------|---------------|------------------|-----------|--------------|--------------|---|
|        | (A)<br>円 | (B)<br>円      | (C)<br>円         | (D)<br>円  | (E)<br>円     | (F)<br>円     | (G)<br>円  |
| 特定健康診査 | 586,320  | 3,101,040     | 0                | 3,101,040 | 586,320      | 586,000      | ◎申請額<br>29年度補助金の申請額になります。<br>シート「1 申請書」の申請額に額が転記されているか確認ください。 |
| 特定保健指導 | 875,304  | 3,770,168     | 0                | 3,770,168 | 875,304      | 875,000      |   |
| 合計     |          |               |                  |           |              | 1,461,000    |   |

グレーの部分が  
入力欄です。  
その他の欄は、

- (注) 1 「基準額」(A) 欄及び「対象経費の実支出額」(B) 欄には、経費別内訳の合計金額を記入すること。
- 2 「寄付金その他の収入予定額」(C) 欄には、区分毎にその額がわからない場合は、その合計額を区分毎に「対象経費支出予定額」(B) 欄の額で按分した額を記入すること。
- 3 特定健康診査等を実施機関に委託せずに自ら実施する場合で、受診(利用)者から自己負担額を徴収する場合であって、「対象経費支出予定額」(B) 欄に自己負担額が含まれている場合は、「寄付金その他の収入予定額」(C) 欄に自己負担額の合計額を記入すること。(特定健康診査等を実施機関に委託して実施する場合は、「寄付金その他の収入予定額」(C) 欄は0とすること。)
- 4 「国庫補助金基本額」(E) 欄には、「基準額」(A) 欄と「差引額」(D) 欄の額に1/3を乗じた額を比較して少ない方の額を記入すること。
- 5 「国庫補助金所要額」(F) 欄には、「国庫補助金基本額」(E) 欄の額の千円未満の端数を切り捨てた額を記入すること。
- 6 「国庫補助金交付決定額」(G) 欄及び「差引追加交付(一部取消)申請額」(H) 欄は、交付要綱の8による変更申請手続のほかは斜線を引くこと。
- 7 健康保険組合名には、健康保険組合コード(5桁)を併記すること。

健康保険組合特定健康診査・保健指導補助金所要額内訳（集計用）

| 基 本 情 報 |             |           |         |        |            |                           |                             |                         |   |                     |                       |  |
|---------|-------------|-----------|---------|--------|------------|---------------------------|-----------------------------|-------------------------|---|---------------------|-----------------------|--|
| 組合コード   | 保険者名        | 交付申請年月日   | 文書番号    | 区分     | 基準額<br>(A) | 対象経費<br>の支出予<br>定額<br>(B) | 寄付金そ<br>の他の収<br>入予定額<br>(C) | 差 引 額<br>(B)-(C)<br>(D) | 国庫補助金<br>基本額<br><small>(A)と(D)×1/3のい<br/>ずれか少ない方の額</small><br>(E) | 国庫補助金<br>所要額<br>(F) | 国庫補助金<br>交付決定額<br>(G) | 差引追加交<br>付(一部取<br>消)申請額<br><small>(F)-(G)</small><br>(H) |
| 12345   | けんぼれん健康保険組合 | 平成29年6月1日 | 健連発第●●号 | 特定健康診査 | 586,320    | 3,101,040                 | 0                           | 3,101,040               | 586,320   | 586,000             |                       |  |
|         |             |           |         | 特定保健指導 | 875,304    | 3,770,168                 | 0                           | 3,770,168               | 875,304   | 875,000             |                       |  |
|         |             |           |         | 合計     |            |                           |                             |                         |   | 1,461,000           |                       |  |

○補助金担当者連絡先等

|          |  |
|----------|--|
| 担当者氏名    | 健保 花子  |
| 連絡先（電話）  | 03-xxxx-xxxx   |
| 連絡先（FAX） | 03-xxxx-xxxx   |
| メールアドレス  | <a href="mailto:○△■@xxxxx.ne.jp">○△■@xxxxx.ne.jp</a> |

担当者名等を入力。  
その他のセルは自動  
入力になります。