

様式第1号（第5条関係）

明和町国民健康保険・後期高齢者医療被保険者
人間ドック等検診費補助金交付申請書

年 月 日

明和町長

あて

申請者 住 所 明和町

氏 名

電話番号

人間ドック等検診費の補助を受けたいので、次のとおり申請します。なお、この申請に当たり、私の世帯の国民健康保険税又は私の後期高齢者医療保険料の収納状況について係員が公簿等により確認することに同意いたします。

検診の種類	1 日帰り+特定保健指導等	2 1泊2日+特定保健指導等	
	3 日帰り+脳ドック+特定保健指導等	4 脳ドック	
自己負担額	円		
申請額	円		
受診者氏名	(フリガナ)	被保険者番号	
生年月日	年 月 日	年齢	歳
検診日	年 月 日 ~ 日	世帯主氏名	
検診医療機関	所在地		
	名称		
振込先	銀行 信金 農協		出張所 支店 支所
	口座種別	普通・当座	口座番号
	口座名義人（カナ）		
	<input type="checkbox"/> 補助金の受領については、上記口座名義人に委任します		

確認事項（にチェックしてください）

- 特定保健指導の対象になった場合、町が行う特定保健指導を必ず受けること
- 特定健診・後期高齢者健診と重複して受診した場合、補助金を返還すること

（役場確認欄）

保険税（料）納付状況	基本健診受診有無
完納 ・ 未納	有 ・ 無

質 問 票

該当する箇所へ (斜線)を記入してください

a	現在、治療中の病気はありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 他()
b	いままでに医師から貧血と言われたことはありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

自覚症状

c	次の症状はありますか？ ※ある場合は3つまで選択可 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 息切れ <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> せき・たん <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> めまい
----------	---

以下の質問にお答えください。

	質 問 項 目	回 答	
1	あなたの現在の健康状態はいかがですか	<input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> よくない	<input type="checkbox"/> まあよい <input type="checkbox"/> あまりよくない
2	毎日の生活に満足していますか	<input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> やや不満	<input type="checkbox"/> やや満足 <input type="checkbox"/> 不満
3	1日3食きちんと食べていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
4	半年前に比べて固いものが(※)たべにくくなりましたか ※さきいか、たくあんなど	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
5	お茶や汁物等でむせることはありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
6	6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
7	以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
8	この1年間に転んだことがありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
9	ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
10	周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあると 言われますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
11	今日が何月何日かわからない時がありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
12	あなたはたばこを吸いますか	<input type="checkbox"/> 吸っている <input type="checkbox"/> やめた	<input type="checkbox"/> 吸っていない
13	週に1回以上は外出していますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
14	ふだんから家族や友人と付き合いがありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
15	体調が悪いときに、身近に相談できる人がいますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

※個人情報の取り扱いについて

取得した個人情報は、健康状態把握のための健診検査の実施、結果報告書の作成、精密検査の案内、料金の請求、健診検査の精度管理、健康相談等に利用します。健診検査等の結果についてはご本人のほか、健診委託元(市町村、事業所等)にお知らせします。個人情報の取り扱いについて同意をいただけない場合は、健診検査・健康相談等お受けいただけません。なお、同意いただいた後でも撤回することが可能です(不同意の撤回を含む)。