

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
被保険者番号

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
受診者氏名	(ふりがな)	性別	男性 ・ 女性
	(漢字)		
生年月日	T・S・H 年 月 日	年 齢	歳
検診日	令和 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	出張所	
	信金	支店	普通
	農協	支所	当座
	口座番号		
	口座名義人 (カナ)		

(役場確認欄)

被保険者確認	保険税(料)納付状況	基本健診受診有無	確認者
証 ・ 端末	完納 ・ 未納	有 ・ 無	

質 問 票

以下の質問にお答えください。

	質 問 項 目	回 答
★1-3	現在、aからcの薬を使用していますか。(医師の判断・治療のもとで服薬中のもの)	
1	a.血圧を下げる薬	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2	b.血糖を下げる薬又はインスリン注射	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3	c.コレステロールや中性脂肪を下げる薬	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
7	医師から、貧血といわれたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
★8	現在、たばこ(加燃式たばこや電子たばこを含む)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	<input type="checkbox"/> はい (条件1と条件2を両方満たす) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> いいえ (上記以外)
9	20歳の時の体重から、10kg以上増加していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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年以上実施していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
11	日常生活において歩行又は同等の身体的活動を1日1時間以上実施していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> 何でもかんで食べることができる <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> 速い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週5~6日 <input type="checkbox"/> 週3~4日 <input type="checkbox"/> 週1~2日 <input type="checkbox"/> 月に1~3日 <input type="checkbox"/> 月に1日未満 <input type="checkbox"/> やめた <input type="checkbox"/> 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(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)	<input type="checkbox"/> 1合未満 <input type="checkbox"/> 1~2合未満 <input type="checkbox"/> 2~3号未満 <input type="checkbox"/> 3~5号未満 <input type="checkbox"/> 5合以上
20	睡眠で休養が十分とれていますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> 改善するつもりはない <input type="checkbox"/> 改善するつもりである(概ね6カ月以内) <input type="checkbox"/> 近いうちに(概ね1カ月以内)に改善するつもりであり、少しずつ始めている <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる(6カ月未満) <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる(6カ月以上)
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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

自覚症状

23	気になる症状がありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (症状:)
----	---------------	--

女性の方にお聞きます。

24	現在、妊娠していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> いいえ
25	現在、生理中ですか。	<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)。