

様式第1号(第6条関係)

国民健康保険人間ドック費用助成金交付申請書兼請求書

令和 年 月 日

対馬市長 様

(申請者) 氏名 ⑨
(世帯主) 氏名
住所 対馬市
電話 ()

対馬市国民健康保険人間ドック費用助成金交付要綱第6条の規定に基づき、次のとおり申請します。

なお、私の世帯の国民健康保険納付状況を調査すること、および健康管理の指導に利用することについて同意します。

○太枠のみ、ご記入ください。また、※の欄は記入しないでください。

※被保険者番号	人間ドック受診者	生年月日	年齢
		昭和 年 月 日	

受診日	受診医療機関名	※受診費用 (消費税額を除く)	※受診費用の1/2 (百円未満切り捨て)
令和 年 月 日		円	円

※助成申請額	円	20,000円と受診費用の1/2の どちらか少ない額
--------	---	-------------------------------

銀行名等	支店名	口座番号	口座名義人(カタカナ)
※銀行コード()	※支店コード()	普 当	

添付資料 人間ドック受診結果報告書写し 確認チェック欄 ()

人間ドック受診料の領収書写し 確認チェック欄 ()

決 裁	課長	課長補佐	係長	課員	担当	公印 使用承認	世帯の国民健康保険税 未納の有無	確認者
							未納 有・無 確認日: . .	

助成金 _____ 円を支出してよろしいか。(起案日: . . .、決裁日: . . .)

<健康調査票>

氏名		職業	生年月日	年齢	性別	電話番号		
			昭和 年 月 日	歳	男 女	自宅 携帯	- - -	
1	健診(人間ドック)を受けられたきっかけは何ですか？(1つ選択)	<input type="checkbox"/> 毎年受診 <input type="checkbox"/> 家族の勧め <input type="checkbox"/> 友人知人の勧め <input type="checkbox"/> 主治医の勧め <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> はがき <input type="checkbox"/> ちらし <input type="checkbox"/> ポスター						
2	現在、血圧を下げる薬を飲んでいますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				24	現在治療中(内服中)の病気がありますか？ <input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> 心臓病(狭心症、心筋梗塞など) <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 肝胆道系疾患 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症(痛風含む) <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> 前立腺疾患 その他 ()	
3	現在、血糖を下げる薬又はインスリン注射を使っていますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ						
4	現在、コレステロールや中性脂肪を下げる薬を飲んでいますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ						
5	これまでに医師から、脳卒中(脳出血、脳梗塞など)と診断さ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	これまでに医師から、心臓病(狭心症、心筋梗塞など)と診断さ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						
7	医師から、慢性腎臓病や腎不全と診断されたり現在治療(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						
8	これまでに医師から、貧血と診断されたことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ						
9	現在、たばこを習慣的に吸っていますか？(加熱式たばこを含む) ↓ 最近1ヶ月間吸っていて、合計が100本以上又は6か月以上吸っている	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない <input type="checkbox"/> いいえ						
10	20歳の時の体重から、現在は10kg以上増加していますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ						
11	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週に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						
12	日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日に1時間以上実施していますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ						
13	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						
14	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"/> 何でもかめる <input type="checkbox"/> かみにくいことがある <input type="checkbox"/> ほとんどかめない				25	現在以下の症状がありますか。 <input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> ふらつき <input type="checkbox"/> どうき <input type="checkbox"/> 息切れ <input type="checkbox"/> 胸の圧迫感 <input type="checkbox"/> 胸の痛み <input type="checkbox"/> 顔・手足のむくみ その他 ()	
15	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						
16	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						
17	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 <input type="checkbox"/> 摂取しない						
18	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						
19	お酒を飲む頻度はどれくらいですか？ (日本酒、焼酎、ビール、洋酒など) *「やめた」とは、過去1か月以上の習慣的な飲酒があった者 のうち、最近1年以上摂取していない者	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週に5~6日 <input type="checkbox"/> 週に3~4日 <input type="checkbox"/> 週に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)						
20	お酒を飲む方⇒1日当たりの飲酒量は？ 日本酒1合(180ml) = ビール(5度):500ml、焼酎(25度):110ml、 ワイン(14度):180ml、ウイスキー(43度):60ml、 缶チューハイ:(5度)500ml(7度)350ml	<input type="checkbox"/> 1合未満 <input type="checkbox"/> 1~2合未満 <input type="checkbox"/> 2~3合未満 <input type="checkbox"/> 3~5合未満 <input type="checkbox"/> 5合以上						
21	睡眠で休養が十分にとれていますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ						
22	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"/> 改善する予定なし <input type="checkbox"/> 6ヶ月以内に改善する予定 <input type="checkbox"/> 1ヶ月以内に改善する予定で 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ヶ月未満) <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる(6ヶ月以上)						
23	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						

人間ドック費用助成に必要な検査項目は以下のとおりです。

また、ドックの結果によっては特定保健指導をさせていただく場合があります。

その際は、担当より連絡させていただきます。

特定健診項目		
質問（問診）	別紙健康調査票	
身体計測	身長	
	体重	
	BMI	
	腹囲	
診察	理学的所見（身体診察：視診、触診、打聴診）	
血圧	血圧（収縮期／拡張期）	
生化学検査	中性脂肪	
	HDLコレステロール	
	LDLコレステロール	
	AST（GOT）	
	ALT（GPT）	
	γ-GT（γ-GTP）	
腎機能	クレアチニン	
	尿酸	
	尿タンパク	
貧血検査	血色素	
	赤血球	
	ヘマトクリット	
血糖検査	尿糖	
	空腹時血糖	いずれかの実施でも可
	HbA1c	
心電図検査		

※ がん検診の結果についてもご提供いただきますので、人間ドックの結果報告書一式を申請時にご持参下さい。市役所でコピーします。

委任状

国民健康保険人間ドック費用助成交付申請にかかる申請、請求、助成金受領
にかかる 一切の権限を 世帯主 に委任いたします。

令和 年 月 日

対馬市 町 番地

_____ 印