三田市　国民健康保険 後期高齢者医療　人間ドック受診　助成券　交付申請書

※以下、太ワク内をご記入・ご捺印ください。

被保険者証番号 ※0を含む左詰					
世帯主氏名 ※国保の場合記入		生年月日	明・大 昭・平　年　月　日		
受診者氏名	（男・女）	生年月日	明・大 昭・平　年　月　日		
受診者年齢	歳	受診医療機関名	三田市民病院 ・ あおぞらクリニック 平島病院 ・ いまだ内科クリニック	受診日	平成　年　月　日

特定健診問診票

質問内容	回答欄
①現在、医療機関に通院または治療されている病気はありますか。	なし　・　あり（病名：　）
②右記の症状であてはまるものはありますか。	なし あり　胸の圧迫感 ・ 動悸 ・ 不眠 ・ 肩こり腰痛 ・ めまい 手足のしびれ ・ 頭痛 ・ おなかが張る ・ 顔がむくむ 足がむくむ ・ いつも調子が悪い その他（　）
③血圧を下げる薬を服用している。	はい　・　いいえ
④インスリン注射または血糖を下げる薬を服用中。	はい　・　いいえ
⑤コレステロールを下げる薬を服用中。	はい　・　いいえ
⑥現在、たばこを習慣的に吸っている。	はい　・　いいえ

三 田 市 長 あ て

上記のとおり人間ドック等受診助成を申請します。
また、受診結果について医療機関から直接三田市に報告されること並びにその受診結果が三田市において保健指導及び保険に関する統計等に活用されることに同意します。

申請者 （受診者本人 ※世帯主も可）

〒　－　　平成　年　月　日

住 所

氏 名　　㊞　電話番号（　）　－

（市処理欄）　※太点線枠内は国保の人のみ確認すること

資格審査	資格取得日	昭 平　年　月　日	申請年度 4/1時点資格	有	無	年齢	該当	非該当
	保険税 完納確認者							
	特定健診	未受診	受診済	受診券回収	済・交付前・紛失 破棄・未（返信用封筒）	受診券 回収日	／	
	審 査 結 果	可	否					
助成券交付経過	窓口即日交付 郵送（　／　発送）		添付書類	・助成券券受診報告書（写し）		給付 受付者		

年度内の人間ドック受診助成	無	有	助成決定番号 ※担当にて採番	

コード	