

三田市 国民健康保険 後期高齢者医療 人間ドック受診 助成金 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・あおぞら・平島・いまだ 他( )					受診日	年	月	日
申請・請求金額	□20,000円・□1/2( )円 ※100円未満切捨て										
支払い方法 口座振替 (振込先)	金融機関名					銀行	信用金庫	金融機関			
	支店名					信用組合	農業協同組合	コード			
	預金種別	1. 普通 2. 当座 4. 貯蓄				フリガナ					
	口座番号					口座名義					
<b>確認事項</b> 1. 同一年度内に人間ドックや特定健診(または基本健診)の二重受診が発覚した場合は返金に応じます。 2. 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。											
三田市長あて 上記のとおり、質問票と添付書類を添えて人間ドック等受診助成を申請します。 〒 - 年 月 日 申請者 (受診者本人) 住所 ※国保の人は世帯主可 氏名 電話番号 ( ) -											

(市処理欄)

窓口受付時の確認	資格取得日	昭 平 令	年	月	日	申請年度 4/1時点資格	有	無	年齢	該当	非該当	
	受診券回収	済・交付前・紛失 破棄・未(返信用封筒)			特定健診 基本健診	未受診	受診済	受診券 回収日	/			
	健診受診 確認者				保険税 完納確認者	受診時保険 確認(74歳)	<input type="checkbox"/>	確認事項 案内	<input type="checkbox"/>			
	審査結果	可	否	添付書類		・人間ドックに要した費用の領収書(写し) ・人間ドックの診断結果(写し) ・健康増進課送付用質問票						
	必須検査項目	身体計測		身長(cm)	体重(kg)	腹囲(cm)	BMI(-)					
		血圧測定(mmHg)		収縮期血圧		拡張期血圧(mmHg)						
		尿検査 (- ± + ++ +++)		尿糖		尿たんぱく						
		脂質検査(mg/dL)		中性脂肪	HDLコレステロール	LDLコレステロール						
		肝機能検査(U/L)		AST or GOT	ALT or GPT	γ-GT or γ-GTP						
	血糖検査(mg/dL)		空腹時血糖 HbA1c									
その他確認項目	総合判定	<input type="checkbox"/>	担当医師名	<input type="checkbox"/>	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	入力		/						

# 特定健診・後期高齢者基本健診質問票

被保険者証番号 ※0を含む左詰		記入日	令和	年	月	日
フリガナ		大・昭				
受診者氏名		生年月日	年	月	日	(歳)

(受診日時点で)  
40歳以上 74歳以下で**国民健康保険の方はこちら**

(受診日時点で)  
75歳以上 または 一定の障害を有する65歳以上で  
**後期高齢者医療制度の方はこちら**

\*あてはまるものに○印を入れてください。

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	①なし	②あり (病名: )
2	右記の症状であてはまるものはありますか	①なし	②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	血圧を下げる薬を現在使用していますか	①はい	②いいえ
4	血糖を下げる薬又はインスリン注射を現在使用していますか	①はい	②いいえ
5	コレステロールや中性脂肪を下げる薬を現在使用していますか	①はい	②いいえ
6	現在、たばこを習慣的に吸っていますか <input type="checkbox"/> 条件1 最近1か月間吸っている <input type="checkbox"/> 条件2 生涯で6か月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている	①はい (条件1と条件2を両方満たす)	②以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない (条件2のみ満たす)
		③いいえ	

1	あなたの現在の健康状態はいかがですか	①よい ②まあよい ③ふつう ④あまりよくない ⑤よくない	
2	毎日の生活に満足していますか	①満足	②やや満足
		③やや不満	④不満
3	1日3食きちんと食べていますか	①はい	②いいえ
4	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか ※さきいか、たくあんなど	①はい	②いいえ
5	お茶や汁物等でむせることがありますか	①はい	②いいえ
6	6か月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか	①はい	②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	①はい	②いいえ
8	この1年間に転んだことがありますか	①はい	②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	①はい	②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されていますか	①はい	②いいえ
11	今日が何月何日かわからない時がありますか	①はい	②いいえ
12	あなたはたばこを吸いますか	①吸っている ②吸っていない ③やめた	
13	週に1回以上は外出していますか	①はい	②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	①はい	②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	①はい	②いいえ

※本質問票は、健診結果と併せてデータ管理し、統計情報や市の保健事業等に活用します。  
 内容についてのお問い合わせは三田市健康増進課 (079-559-6155) までご連絡ください。

(窓口確認欄)

資格区分	国保・後期
記載漏	無・有