

様式第2号(第6条の2関係)

佐渡市後期高齢者医療人間ドック費用助成金支給申請書

年 月 日

(宛先) 佐渡市長 様

次のとおり人間ドック費用助成金の支給を申請します。

(受診者)	氏名		生年月日	年 月 日生
	住所	新潟県佐渡市		
	電話番号			
健診機関名			受診年月日	年 月 日
人間ドック費用		円		
今年度、市の健康診査を受診しましたか、又はする予定でいますか。 (市で行う健康診査を受診された場合、人間ドック費用助成の対象になりません。)				はい・いいえ
振込先		金融機関名	銀行・信金 信組・農協 労金	本店 支店 出張所
		口座種別	普通・当座・貯蓄	口座番号
		(フリガナ)		
※ゆうちょ銀行口座への振込は、振込用の支店名・口座番号が必要です。		口座名義人		
同意欄	<p>申請にあたり下記の事項について同意します。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用資格の審査のため、市が私の後期高齢者医療保険料の収納状況について確認を行うこと。 ・人間ドックで得られた結果を、佐渡市及び新潟県後期高齢者医療広域連合へ提供すること。 ・検査結果については、私の今後の保健指導及び健康相談を実施するとき並びに特定の個人が識別されることがない方法で、統計・調査研究を実施する場合に限り使用すること。 <p style="text-align: right;">申請者氏名</p>			

備考 太枠内を記入の上、人間ドックで支払った領収書と人間ドック検査結果またはその写しを添付してください。
裏面の質問票も記入してください。

委任状欄	申請者(受診者)と振込先の口座名義が異なる場合は記入してください。	
	[委任する人]	[委任を受ける人]
	助成金の受領を右記の者に委任します。	住所: _____
	申請者(被保険者氏名)	氏名: _____
		電話番号: _____
		委任する人との続柄: _____

担当者確認欄	資格	有・無	健康診査	
	被保険者番号		受診券番号	
	住民コード		当該年度受診の有無	有・無
	後期高齢保険料過年度滞納	有・無	(有の場合) 健康診査の 受診日及び会場	受診日: 会場:
	支給決定額	円		

次の質問項目で、当てはまるものにチェックをつけてください。

	質問文	回答
1	あなたの現在の健康状態はいかがですか。	<input type="checkbox"/> ①よい <input type="checkbox"/> ②まあよい <input type="checkbox"/> ③ふつう <input type="checkbox"/> ④あまりよくない <input type="checkbox"/> ⑤よくない
2	毎日の生活に満足していますか。	<input type="checkbox"/> ①満足 <input type="checkbox"/> ②やや満足 <input type="checkbox"/> ③やや不満 <input type="checkbox"/> ④不満
3	1日3食きちんと食べていますか。	<input type="checkbox"/> ①はい <input type="checkbox"/> 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。 ※ききいか、たくあんなど	<input type="checkbox"/> ①はい <input type="checkbox"/> ②いいえ
5	お茶や汁物等でむせることがありますか。	<input type="checkbox"/> ①はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> ①はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> ①はい <input type="checkbox"/> ②いいえ
8	この1年間に転んだことがありますか。	<input type="checkbox"/> ①はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> ①はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> ①はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> ①はい <input type="checkbox"/> ②いいえ
12	あなたはタバコを吸いますか。 (加熱式たばこや電子たばこを含む)	<input type="checkbox"/> ①吸っている <input type="checkbox"/> ②吸っていない <input type="checkbox"/> ③やめた
13	週に1回以上は外出していますか。	<input type="checkbox"/> ①はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> ①はい <input type="checkbox"/> ②いいえ
15	体調が悪い時に、身近に相談できる人がいますか。	<input type="checkbox"/> ①はい <input type="checkbox"/> ②いいえ
16	現在、aからcの薬を使用していますか。※ア	
	1 a.血圧を下げる薬	<input type="checkbox"/> ①はい <input type="checkbox"/> ②いいえ
	2 b.血糖を下げる薬又はインスリン注射	<input type="checkbox"/> ①はい <input type="checkbox"/> ②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"/> ①はい <input type="checkbox"/> ②いいえ
17	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"/> ①はい <input type="checkbox"/> ②いいえ
18	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"/> ①はい <input type="checkbox"/> ②いいえ
19	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"/> ①はい <input type="checkbox"/> ②いいえ
20	医師から、貧血といわれたことがありますか。	<input type="checkbox"/> ①はい <input type="checkbox"/> ②いいえ

※ア：医師の判断・治療のもとで服薬中の者を指す。