

受付印

大垣市国民健康保険健康診査事業補助金交付申請書

助 成 金 額					円	
被保険者 記号・番号		受診者氏名				
		生年月日		年 月 日		
健康診査に要した費用			円			
健康診査を受けた医療機関の名称、 所在地及び受診日			名 称			
			所在地			
			受診日	年 月 日		
上記のとおり健康診査を受けたので、大垣市国民健康保険健康診査事業補助金交付要綱の規定により健診料の助成を申請します。また、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）に規定する特定健康診査及び特定保健指導、その他各種保健事業に当該健診の結果データを利用することに同意します。 年 月 日 〒 ー 住 所 申請者 氏 名 電話番号（ ） ー 大 垣 市 長 様						
振込先 金融機関名	銀行 信用金庫 農協	本店 支店	店番・口座種別			普通・当座
			口座番号			
			ふりがな 口座名義人			

※領収書を添付してください。

※健診の結果データはこの要綱の規定による補助金の交付事務、特定健康診査及び特定保健指導、その他各種保健事業以外には使用しません。

※毎月 10 日までに申請された場合は、当月末に支払います（11 日～末日に申請された場合は翌月末）。振込のお知らせは郵送いたしませんので、通帳等でご確認ください。

加入資格状況	適 ・ 否	納付状況	適 ・ 否	検査項目	適 ・ 否
--------	-------	------	-------	------	-------

病 歴	☐ 病歴なし	☐ 心不全	☐ 貧血	☐ 通風	自 覚 症 状	☐ 自覚症状なし	☐ 関節痛	☐ のどがかわく	
	☐ 高血圧症	☐ 不整脈	☐ 骨粗鬆症	☐ 胃潰瘍		☐ 肩・首のこり	☐ 耳なり	☐ 物忘れがはげしい	
	☐ 脂質異常症	☐ 心筋梗塞	☐ 肝臓病	☐ うつ		☐ 腰痛	☐ 頭痛	☐ 手足のしびれ	
	☐ 糖尿病	☐ 狭心症	☐ 脳卒中	☐ 関節症		☐ 疲れやすい	☐ めまい	☐ 胸がしめつけられる	
	☐ その他（ ）					☐ 尿の回数が多い	☐ 動悸・脈のみだれ		
高血圧	☐ 父	☐ 母	☐ 祖父	心臓病	☐ 父	☐ 母	☐ 祖父	この１年間で入院 されましたか はい ・ いいえ	
脳卒中	☐ 父	☐ 母	☐ 祖父	肝臓病	☐ 父	☐ 母	☐ 祖父		
糖尿病	☐ 父	☐ 母	☐ 祖父	がん	☐ 父	☐ 母	☐ 祖父		
1. 血圧を下げる薬を飲んでいますか。					はい・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。			☐ 毎日 ☐ 時々 ☐ ほとんど摂取しない
2. 血糖を下げる薬又はインスリン注射を使用していますか。					はい・いいえ	17. 朝食を抜くことが週に３回以上ありますか。			はい・いいえ
3. コレステロールや中性脂肪を下げる薬を使用していますか。					はい・いいえ	18. お酒（日本酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度はどれくらいですか。			☐ 毎日 ☐ 週５～６日 ☐ 週３～４日 ☐ 週１～２日 ☐ 月に１～３日 ☐ 月に１日未満 ☐ やめた ☐ 飲まない（飲めない）
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。					はい・いいえ	19. 飲酒日の１日あたりの飲酒量			☐ １合未満 ☐ １～２合未満 ☐ ２～３合未満 ☐ ３～５合未満 ☐ ５合以上
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。					はい・いいえ	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）			
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。					はい・いいえ	20. 睡眠で休養が十分とれていますか。			はい・いいえ
7. 医師から、貧血といわれたことがありますか。					はい・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。右記から１つ選んでください。			☐ 改善するつもりはない ☐ 改善するつもりである（概ね６か月以内） ☐ 近いうちに（概ね１か月以内）改善するつもりで少しずつ始めている ☐ すでに改善に取り組んでいる（６か月未満） ☐ すでに改善に取り組んでいる（６か月以上）
8. 現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 ☐ はい ☐ 以前は吸っていたが、最近１か月間は吸っていない ☐ いいえ									
9. ２０歳の時の体重から１０kg以上増加していますか。					はい・いいえ	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。			はい・いいえ
10. １回３０分以上の軽く汗をかく運動を週２回以上、１年以上実施していますか。					はい・いいえ	23. 睡眠剤を飲んでいますか。			はい・いいえ
11. 日常生活において歩行又は同等の身体活動を１日１時間以上実施していますか。					はい・いいえ	24. 鎮痛剤を飲んでいますか。			はい・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ほうですか。					はい・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。 ☐ 何でもかんで食べることができる ☐ 歯や歯ぐき、かみ合わせなど気になる部分があり、かみにくいことがある ☐ 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。 ☐ 速い ☐ 普通 ☐ 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。					はい・いいえ				