

瀬戸内市長 様

住 所
 申請者
 （助成対象者本人）
 氏名
 電話番号

㊞

瀬戸内市国民健康保険人間ドック情報提供助成金交付申請書

瀬戸内市国民健康保険人間ドック情報提供助成金交付要綱に基づき、助成金の交付を受けたいので、次の書類を添えて申請します。助成を受けるに当たり、今年度の市が実施する特定健康診査は受けません。

なお、この申請に伴い提出する人間ドックの受診結果について、特定保健指導に用いることを承諾します。

助成金については、次の口座へ振り込みください。

添付書類

- (1) 特定健康診査受診券
- (2) 受診したことを証明する医療機関の領収書等の原本又は写し
- (3) 受診結果の写し（特定健康診査における検査項目を満たしているもの）

口座振込先

金融機関名	銀行 信用金庫 農業協同組合			店 支店 出張所
種 別	1. 普通 2. 当座	口座番号		
口座名義人	フリガナ			
	氏 名			

※市記入欄	決定年月日	年 月 日	種 類	特定健康診査
	助成金額	円	支 給	不支給

【申請時の確認事項】

1、申請書類

- 申請書 特定健康診査受診券（ない場合は再発行）
- 医療機関の領収書（写しでも可）
- 人間ドック受診結果の写し（年度内）

2、問診

質問項目		回答	
1	現在、aからcの薬を使用していますか。		
1-①	a. 血圧を下げる薬	はい	いいえ
1-②	b. インスリン注射又は血糖を下げる薬	はい	いいえ
1-③	c. コレステロールを下げる薬	はい	いいえ
2	現在、たばこを習慣的に吸っている。 （合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っていて、最近1ヶ月間も吸っている方）	はい	いいえ
3	既往歴（今までにかかった病気）	なし	あり（ ）
4	自覚症状（今、気になる症状）	なし	あり（ ）
5	他覚症状	なし	あり（ ）

3、健診結果項目（※必須項目）

- 身体計測（身長・体重・BMI） ● 腹囲測定
- 血圧測定 ● 内科診察 ● 検尿（タンパク・糖）
- 血液検査

血糖	空腹時血糖 または HbA1c
脂質	中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール
肝機能	AST (GOT)、ALT (GPT)、 γ -GT (γ -GTP)