

瀬戸内市長 様

住 所
 申請者氏名
 (助成対象者本人)
 電話番号

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

振 込 先	金融機関名	銀行 信用金庫 農業協同組合			店 支店・支所 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			
<p>【受領委任欄】 ※振込先が申請者以外の場合は以下に記入をお願いします。 私は、助成金の受領に関する権限を上記の口座名義人に委任します。</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名 _____</p>					

確 認 票

1 問 診

質 問 項 目		回 答		
1	現在、以下の薬を使用していますか。			
	血圧を下げる薬		はい	いいえ
	インスリン注射又は血糖を下げる薬		はい	いいえ
	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か月以上吸っていて、最近1か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（ ）	

2 申請書類

- 申請書 特定健康診査受診券（ない場合は再発行）
 医療機関の領収書等の原本又は写し
 人間ドック受診結果の写し

3 健診結果項目（※必須項目）

身体計測	<input type="checkbox"/>	身長	血液検査	血糖	<input type="checkbox"/>	空腹時血糖	※どちらかのみでも可	
	<input type="checkbox"/>	体重			<input type="checkbox"/>	HbA1c		
	<input type="checkbox"/>	BMI		脂質	<input type="checkbox"/>	中性脂肪		
	<input type="checkbox"/>	腹囲			<input type="checkbox"/>	HDL コレステロール		
血圧	<input type="checkbox"/>	拡張期			<input type="checkbox"/>	LDL コレステロール		
	<input type="checkbox"/>	収縮期		肝機能	<input type="checkbox"/>	AST (GOT)		
尿検査	<input type="checkbox"/>	尿糖			<input type="checkbox"/>	ALT (GPT)		
	<input type="checkbox"/>	尿たんぱく			<input type="checkbox"/>	γ - GT (γ - GTP)		
結果	<input type="checkbox"/>	内科診察（総合判定）						