

戸田市国民健康保険被保険者人間ドック検診費用補助金交付申請兼請求書

令和 年 月 日

(宛先) 戸田市長

住所 _____

申請者 氏名 _____ 印

電話番号 _____

戸田市国民健康保険人間ドック検診費用補助金交付要綱第5条の規定により、下記のとおり、戸田市国民健康保険人間ドック検診に要した費用の補助を申請・請求します。

なお、この申請に基づく助成金の交付決定に当たり、確認等が必要な場合には、受診した医療機関に問い合わせることに承諾します。

記

受 検 者	ふりがな		記号・番号	戸田-
	氏名		生年月日	年 月 日
	住所			
医療機関名			検診日	令和 年 月 日
請求金額		円		

(口座振込依頼書)

金融機関名	銀行・信用金庫
支店名	支店・本店
口座種別	普通 ・ 当座
口座番号	
フリガナ	
口座名義人	

資格		保険税	
----	--	-----	--

記入例

第1号様式（第5条関係）

戸田市国民健康保険被保険者人間ドック検診費用補助金交付申請兼請求書

（宛先）戸田市長

記入してください

令和 年 月 日

署名または記名押印
してください

住所

氏名

電話番号

申請者

印

戸田市国民健康保険人間ドック検診費用補助金交付要綱第5条の規定により、下記のとおり、戸田市国民健康保険人間ドック検診に要した費用の補助を申請・請求します。

なお、この申請に基づく助成金の交付決定に当たり、確認等が必要な場合には、受診した医療機関に問い合わせることに承諾します。

記

受検者	ふりがな		記号・番号	戸田-
	氏名		生年月日	年 月 日
	住所			
	医療機関名		検診日	令和 年 月 日
	請求金額	記入しないでください		円

（口座振込依頼書）

金融機関名	銀行・信用金庫
支店名	支店・本店
口座種別	普通 ・ 当座
口座番号	
フリガナ	
口座名義人	

申請者（受診者）名義の口座を
記入してください。

資格		保険 税	
----	--	---------	--

質 問 票

(ふりがな) 氏 名		生年月日	昭和 年 月 日
		国民健康保険 記号番号	戸 田 -

NO	質問項目	回答欄
1-3	普段から、a～cの薬を飲んでいますか。	はい いいえ
1	a. 血圧を下げる薬	はい いいえ
2	b. 血糖を下げる薬又はインスリン注射	はい いいえ
3	c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬	はい いいえ
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
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
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)を受けたことがありますか。	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
8	現在、たばこを習慣的にすっていますか。 (「習慣的に喫煙している者」とは、「合計100本以上、又は6か月以上吸っている者」であり、最近1か月間も吸っている者)	はい 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
10	1回30分以上軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施していますか。	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
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速いですか。	はい いいえ
13	食事をかんで食べる時の状態はどれですか。	何でもかんで食べることができる 歯や歯ぐき、かみあ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	人と比べて食べる速度は速いですか。	速い ふう 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
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
17	朝食を抜くことが週3回以上ありますか。	はい いいえ
18	お酒を飲む頻度はどのくらいですか。	毎日 時々 ほとんど飲まない
19	お酒を飲む時、1日でどのくらい飲みますか。 日本酒1合(180ml)の目安： ビール500ml、焼酎25度(110ml)、ウイスキーダブル1杯(60ml)、ワイン2杯(240ml)	1合未満(飲まない) 1～2合未満 2～3合未満 3合以上
20	睡眠で休養が十分とれていますか。	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。	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)改善するつもりであり、少しずつ始めている 既に改善に取り組んでいる(6か月未満) 既に改善に取り組んでいる(6か月以上)
22	生活習慣の改善について保健指導を受ける機会があれば、利用しますか。 (有無にかかわらず保健指導利用券が送付される場合があります)	はい いいえ

裏面に続きます

「1.あり」の場合、該当する欄に を記入してください。（複数可）

既往歴	1.あり 2.なし	貧血	結核	肝障害、肝硬変
		高血圧	腎障害、腎不全	肺炎
		狭心症、心筋梗塞	糖尿病、血糖高値	関節リウマチ、膠原病
		脳血管障害	高脂血症	癌、悪性腫瘍
		喘息、COPD	高尿酸血症、痛風	その他

自覚症状	1.あり 2.なし	胸痛、胸部圧迫感	手足のしびれ、知覚障害	急な体重減少
		動悸、心悸亢進	頭痛、めまい	急な体重増加
		息切れ、呼吸困難	腫瘍	その他

他覚症状	1.あり 2.なし	貧血	肺雑音	その他
		黄疸	不整脈	
		心雑音	浮腫	

-----（これより下は担当課が使用します）-----

メボリックシンドローム判定 （いずれか一つ）	1.基準該当	2.予備群該当	3.非該当	4.判定不能
保健指導レベル （いずれか一つ）	1.積極的支援	2.動機付け支援	3.なし	4.判定不能
医師の判断 （いずれか一つ）	1.異常なし	2.要観察	3.要指導	4.治療中 5.要医療
健診機関名 :		医師名 :		

身長		cm
体重		kg
BMI		
腹囲		cm
血圧（収縮期）		mmHg
血圧（拡張期）		mmHg
中性脂肪		mg/dl
HDL コレステロール		mg/dl
LDL コレステロール		mg/dl

AST (GOT)		U/l
ALT (GPT)		U/l
-GTP		U/l
クレアチニン		mg/dl
e G F R		ml/分/1.73m ²
尿酸		mg/dl
空腹時血糖		mg/dl
HbA1c (NGSP 値)		%

尿糖	-	±	+	3 + 以上
尿蛋白	-	±	+	3 + 以上