

# 記入例(現物給付の場合)

様式第1号(第6条関係)

令和6年6月12日

岩沼市長 殿

住 所 岩沼市桜一丁目6番20号  
申請者 氏 名 岩沼 係長  
電話番号 0223-23-0410

## 岩沼市国民健康保険人間ドック費用助成金交付申請書

岩沼市国民健康保険人間ドック費用助成金交付要綱第6条の規定により助成金の交付を受けたいので、同条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

なお、この申請に当たり、国民健康保険税納付状況を確認すること及び人間ドックの結果を特定保健指導等に活用することについて同意します。

記

|      |                                                                                                                                                                                        |                  |    |     |  |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|----|-----|--|
| 対象者  | 被保険者 記号・番号                                                                                                                                                                             | み岩 99999999      |    |     |  |
|      | (フリガナ)                                                                                                                                                                                 | イワヌマ カカリチョウ      |    |     |  |
|      | 氏 名                                                                                                                                                                                    | 岩沼 係長            |    |     |  |
|      | 生年月日                                                                                                                                                                                   | 昭和〇〇年〇月〇日生(満〇〇歳) | 性別 | 男・女 |  |
| 申請区分 | <input checked="" type="checkbox"/> 現物給付(健診団体: <input type="checkbox"/> 総合南東北病院 <input type="checkbox"/> 宮城県予防医学協会 <input type="checkbox"/> 宮城県対がん協会)<br><input type="checkbox"/> 償還払い |                  |    |     |  |

以下は、「償還払い」を選択した方のみ記入してください。

|       |       |        |      |      |
|-------|-------|--------|------|------|
| 健診団体名 |       | 受診年月日  | 受診費用 |      |
|       |       | 年 月 日  | 円    |      |
| 振込先   | 銀行・金庫 | 本店     | 預金   | 1 普通 |
|       | 農協・信組 | 支店・出張所 | 種別   | 2 当座 |
|       | 口座番号  | (フリガナ) |      |      |
|       |       | 口座名義人  |      |      |

※振込先が受診者名義の口座でない場合は、下の委任状に記入が必要です。

|                                          |              |
|------------------------------------------|--------------|
| 委 任 状                                    |              |
| 私は、(住所) (氏名) (続柄: )を代理人と定め、              |              |
| 年 月 日付けで申請した人間ドック受診費用の助成金の受領に係る権限を委任します。 |              |
| 年 月 日                                    | 委任者(申請者) 住 所 |
|                                          | 氏 名          |

※「償還払い」により申請する場合、人間ドック検査結果又はその写し、人間ドック費用の領収書(原本)及び振込先金融機関の通帳等の写しが必要となります。

※質問票も記入してください。

## 質 問 票

I～IVの該当する□にチェックを入れてください。（記入例：☒）

### I. これまでに次の病気にかかったことがありますか。

|                 | ある                                  | 治療中                                 | 服薬中→病院から出ている薬                                 |
|-----------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------|
| ①高血圧症           | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> （血圧を下げる薬） |
| ②糖尿病            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> （血糖を下げる薬又はインスリン注射）   |
| ③脂質異常症（高脂血症）    | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> （コレステロールや中性脂肪を下げる薬）  |
| ④脳卒中（脳出血、脳梗塞等）  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | ↑服薬中の方は必ず記入をお願いします。                           |
| ⑤心臓病（狭心症、心筋梗塞等） | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |                                               |
| ⑥慢性腎不全、腎不全      | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | 人工透析などで治療中の方は⑥にお答えください。                       |
| ⑦貧血             | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |                                               |
| ⑧眼科疾患           | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |                                               |
| ⑨肝臓病            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |                                               |
| ⑩痛風（高尿酸血症）      | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |                                               |
| ⑪胃の手術           | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |                                               |

### II. 血のつながりのある方で次の病気にかかった人がいますか。

|                | 父                                   | 母                                   | 兄弟姉妹                     |
|----------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| ①高血圧症          | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
| ②心臓病           | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ③脳卒中（脳出血、脳梗塞等） | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
| ④糖尿病           | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
| ⑤原因不明の急死       | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |

### III. ここ1年間の自覚症状について、当てはまるものがありますか。

| ある                                             | ある                                            |
|------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ①どうき、息切れ              | <input type="checkbox"/> ⑧意識を失った              |
| <input type="checkbox"/> ②胸痛、圧迫感               | <input type="checkbox"/> ⑨耳なり                 |
| <input type="checkbox"/> ③脈のみだれ                | <input type="checkbox"/> ⑩手足のしびれ              |
| <input type="checkbox"/> ④頭痛                   | <input type="checkbox"/> ⑪よくのどが渇く             |
| <input checked="" type="checkbox"/> ⑤めまい、立ちくらみ | <input checked="" type="checkbox"/> ⑫疲れやすい    |
| <input type="checkbox"/> ⑥言葉のもつれ               | <input type="checkbox"/> ⑬目のかすみ               |
| <input type="checkbox"/> ⑦顔、足のむくみ              | <input checked="" type="checkbox"/> ⑭夜間尿が3回以上 |

| IV. 当てはまるものにチェックを入れてください。 |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|---------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1                         | たばこを習慣的に吸っている。                              | <input type="checkbox"/> ①はい（最近、1 か月間吸っている）<br><input type="checkbox"/> ②最近、1 か月間は吸っていない（以前は吸っていた）<br><input checked="" type="checkbox"/> ③いいえ（①②以外の方）                                                                                                                           |
| 2                         | 20歳の時の体重から10kg以上増加している。                     | <input type="checkbox"/> ①はい <input checked="" type="checkbox"/> ②いいえ                                                                                                                                                                                                            |
| 3                         | 1日30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施している。          | <input type="checkbox"/> ①はい <input checked="" type="checkbox"/> ②いいえ                                                                                                                                                                                                            |
| 4                         | 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る。          | <input type="checkbox"/> ①はい <input checked="" type="checkbox"/> ②いいえ                                                                                                                                                                                                            |
| 5                         | ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い。                      | <input checked="" type="checkbox"/> ①はい <input type="checkbox"/> ②いいえ                                                                                                                                                                                                            |
| 6                         | 食事をかんで食べる時の状態（歯や歯茎）                         | <input checked="" type="checkbox"/> ①何でもかんで食べられる<br><input type="checkbox"/> ②かみにくいことがある<br><input type="checkbox"/> ③ほとんどかめない                                                                                                                                                   |
| 7                         | 人と比較して食べる速度が速い。                             | <input type="checkbox"/> ①速い <input checked="" type="checkbox"/> ②ふつう <input type="checkbox"/> ③遅い                                                                                                                                                                               |
| 8                         | 就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ある。                 | <input type="checkbox"/> ①はい <input checked="" type="checkbox"/> ②いいえ                                                                                                                                                                                                            |
| 9                         | 朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取している。                   | <input checked="" type="checkbox"/> ①毎日 <input type="checkbox"/> ②時々 <input type="checkbox"/> ③ほとんど摂取しない                                                                                                                                                                         |
| 10                        | 朝食を抜くことが週に3回以上ある。                           | <input type="checkbox"/> ①はい <input checked="" type="checkbox"/> ②いいえ                                                                                                                                                                                                            |
| 11                        | お酒（日本酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度                    | <input type="checkbox"/> ①毎日 <input type="checkbox"/> ②週5～6日 <input type="checkbox"/> ③週3～4日<br><input checked="" type="checkbox"/> ④週1～2日 <input type="checkbox"/> ⑤月1～3日 <input type="checkbox"/> ⑥月1日未満<br><input type="checkbox"/> ⑦やめた <input type="checkbox"/> ⑧飲まない（飲めない） |
| 12                        | 飲酒日の1日当たりの飲酒量<br>（日本酒に換算してお答えください。目安は下部※参照） | <input checked="" type="checkbox"/> ①1合未満 <input type="checkbox"/> ②1～2合未満 <input type="checkbox"/> ③2～3合未満<br><input type="checkbox"/> ④4～5合未満 <input type="checkbox"/> ⑤5合以上                                                                                                   |
| 13                        | 睡眠で休養が十分とれている。                              | <input checked="" type="checkbox"/> ①はい <input type="checkbox"/> ②いいえ                                                                                                                                                                                                            |
| 14                        | 運動や食生活の生活習慣を改善してみようと思いませんか。                 | <input type="checkbox"/> ①改善するつもりはない<br><input checked="" type="checkbox"/> ②改善するつもりである（おおむね6か月以内）<br><input type="checkbox"/> ③近いうちに（おおむね1か月以内）改善するつもりであり、少しずつ始めている<br><input type="checkbox"/> ④既に改善に取り組んでいる（6か月未満）<br><input type="checkbox"/> ⑤既に改善に取り組んでいる（6か月以上）           |
| 15                        | 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。        | <input checked="" type="checkbox"/> ①はい <input type="checkbox"/> ②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・約60mL）、缶チューハイ（同5度・約500mL又は同7度・約350mL）