

様式第 1 号（第 5 条関係）

宮代町国民健康保険総合健診補助金交付申請書・請求書 N o .

被保険者番号	記号		番号	
世帯主名				
受診者名				
生年月日	年 月 日生			
医療機関	名 称			
	受診日	年 月 日		
受診費用	円		請求額 (上限 27,000 円)	円

振込口座	金融機関名	銀行 信用金庫 農協 本・支店		
	口座種別	普通・当座	口座番号	
	口座名義人	フリガナ		

上記のとおり関係書類を添えて申請・請求します。

年 月 日

宮代町長 様

〒

申請者・請求者 住所

氏名

電話番号

様式第2号（第5条関係）

質問票

N0	質問項目	選択肢
1—3	現在、aからcの薬の使用の有無	該当する項目に☑をつけて下さい
1	a 血圧を下げる薬	☐ はい ☐ いいえ
2	b 血糖を下げる薬を飲んでいる又はインスリン注射をしている。	☐ はい ☐ いいえ
3	c コレステロールや中性脂肪を下げる薬を飲んでいる	☐ はい ☐ いいえ
4	医師から、脳卒中(脳出血、脳梗塞等)にかかっていると言われたり、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)にかかっていると言われたり、治療を受けたことがありますか。	☐ はい ☐ いいえ
6	医師から、慢性の腎不全にかかっていると言われたり、治療(人工透析)を受けたことがありますか。	☐ はい ☐ いいえ
7	医師から、貧血と言われたことがありますか。	☐ はい ☐ いいえ
8	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 (加熱式たばこや電子たばこを含む) 「現在、たばこを習慣的に吸っている」とは、 下記の条件1と条件2を両方満たす場合である ・条件1：最近1か月間吸っている ・条件2：生涯で6か月以上吸っている、又は合計100本以上吸っている	☐ はい (条件1と条件2を両方満たす) ☐ 以前は吸っていたが最近1か月は吸っていない (条件2のみ満たす) ☐ いいえ
	※今までにたばこを吸ったことがある方のみご記入ください およそどれぐらいのたばこを吸っていますか。 (吸っていましたか)	およそ 1日()本を()年間

この申請に伴い提出する総合健診の結果について、高齢者の医療の確保に関する法律の規定に基づく保健事業等に用いることに同意します。

氏名