

様式第1号 (第5条関係)

宮代町後期高齢者総合健診補助金交付申請書・請求書

No.

被保険者番号	00000000		
受診者	宮代 花子		
生年月日	〇〇年	〇月	〇日生
医療機関	名称	〇〇病院	
	受診日	〇〇年	〇月 〇日
受診費用	50,000 円	請求額 (上限 27,000 円)	27,000 円

人間ドックの領収書に記載されている金額を記入してください。

人間ドックを受診した年度内に健康診査を受診しましたか。

<input type="checkbox"/> はい	医療機関名	
	受診日	
<input checked="" type="checkbox"/> いいえ		

町の集団健診または個別健診を受診した場合は「はい」にチェックをつけ、医療機関名と受診日を記入してください。

振込口座	金融機関名	銀行 国保 信用金庫 宮代 本・支店 農協	
	口座種別	普通・当座	口座番号 1234567
	口座名義人	フリガナ ミヤシロ ハナコ 宮代 花子	

上記のとおり関係書類を添えて申請・請求します。

〇年 〇月 〇日

宮代町長 様

申請者・請求者

〒〇〇〇—〇〇〇〇
住所 宮代町笠原 1-4-1

氏名 宮代 花子

電話番号 ***—****—****

口座振込先名義人と申請者・請求者は同一となります。

裏面もあります

質問票

質問項目		回答 該当する□にレを記入してください。
1	あなたの現在の健康状態はいかがですか	<input type="checkbox"/> 1. よい <input checked="" type="checkbox"/> 2. まあよい <input type="checkbox"/> 3. ふつう <input type="checkbox"/> 4. あまりよくない <input type="checkbox"/> 5. よくない
2	毎日の生活に満足していますか	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 満足 <input type="checkbox"/> 2. やや満足 <input type="checkbox"/> 3. やや不満 <input type="checkbox"/> 4. 不満
3	1日3食きちんと食べていますか	<input checked="" type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
4	半年前に比べて固いもの（さきいか、たくあんなど）が食べにくくなりましたか	<input type="checkbox"/> 1. はい <input checked="" type="checkbox"/> 2. いいえ
5	お茶や汁物等でむせることがありますか	<input type="checkbox"/> 1. はい <input checked="" type="checkbox"/> 2. いいえ
6	6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	<input type="checkbox"/> 1. はい <input checked="" type="checkbox"/> 2. いいえ
7	以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか	<input type="checkbox"/> 1. はい <input checked="" type="checkbox"/> 2. いいえ
8	この1年間に転んだことがありますか	<input checked="" type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
9	ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか	<input type="checkbox"/> 1. はい <input checked="" type="checkbox"/> 2. いいえ
10	周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるとされていますか	<input type="checkbox"/> 1. はい <input checked="" type="checkbox"/> 2. いいえ
11	今日が何月何日かわからない時がありますか	<input type="checkbox"/> 1. はい <input checked="" type="checkbox"/> 2. いいえ
12	あなたは、たばこを吸いますか	<input type="checkbox"/> 1. 吸っている <input type="checkbox"/> 2. 吸っていない <input checked="" type="checkbox"/> 3. やめた
13	週に1回以上は外出していますか	<input checked="" type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
14	ふだんから家族や友人と付き合いがありますか	<input checked="" type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
15	体調が悪いときに、身近に相談できる人がいますか	<input checked="" type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ

この申請に伴い提出する総合健診の結果について、後期高齢者医療制度の保健事業等に用いることに同意します。

氏名

宮代 花子