

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 N o .

被保険者番号			
受 診 者			
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

質問票

質 問 内 容		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	☐ 1. よい ☐ 2. まあよい ☐ 3. ふつう ☐ 4. あまりよくない ☐ 5. よくない
2	毎日の生活に満足していますか	☐ 1. 満足 ☐ 2. やや満足 ☐ 3. やや不満 ☐ 4. 不満
3	1 日 3 食きちんと食べていますか	☐ 1. はい ☐ 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	☐ 1. はい ☐ 2. いいえ
5	お茶や汁物等でむせることがありますか	☐ 1. はい ☐ 2. いいえ
6	6 か月間で 2 ～ 3 kg 以上の体重減少がありましたか	☐ 1. はい ☐ 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	☐ 1. はい ☐ 2. いいえ
8	この 1 年間に転んだことがありますか	☐ 1. はい ☐ 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	☐ 1. はい ☐ 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言われていませんか	☐ 1. はい ☐ 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	☐ 1. はい ☐ 2. いいえ
12	あなたは、たばこを吸いますか	☐ 1. 吸っている ☐ 2. 吸っていない ☐ 3. やめた
13	週に 1 回以上は外出していますか	☐ 1. はい ☐ 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	☐ 1. はい ☐ 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	☐ 1. はい ☐ 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 _____