

被保険者番号			
受診者			
生年月日	年	月	日生
医療機関	名称		
	所在地		
	受診日	年	月 日
受診費用	円	請求額	円 (上限 27,000円)

※総合健診を受診した年度内に健康診査を受診されましたか。

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

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。
 なお、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。

年 月 日
 宮代町長 様

〒
 申請者 住所 宮代町
 氏名
 電話番号 ()

質問票

氏名		被保険者番号	
----	--	--------	--

質問内容		回答 該当する□にレを記入してください。
1	現在の健康状態はいかがですか	<input type="checkbox"/> 1. よい <input 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 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 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 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 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 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 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 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 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 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 type="checkbox"/> 2. いいえ
12	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 type="checkbox"/> 3. やめた
13	週に1回以上は外出していますか	<input 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 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 type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ