

(第1号様式)

国民健康保険特定健康診査に相当する他の健康診査（人間ドック等）  
受診料の助成申請書

久留米市長 殿

※太枠の中をご記入ください。（裏面もあります）

令和〇年〇月〇日申請

|   |         |   |                |            |
|---|---------|---|----------------|------------|
| 健診を受けた被保険者とその内容   | フリガナ    | クルメ クルッパ  | 生年月日           | 昭和         |
|   | 氏名      | 久留米 くるっぱ  |                | 〇〇年 〇月 〇日  |
|   | 住所      | 〒830-0022<br>久留米市城南町15番地5   |                |            |
|   | 電話番号    | 日中に連絡がしやすい電話番号をご記入ください。<br>( 090 ) ×××× - ××××  |                |            |
|   | 受診医療機関名 | 〇〇病院  |                |            |
|   | 健診受診日   | 令和 〇年 〇月 〇日   | 受診料として自己負担した金額 | ¥ 〇〇, 〇〇〇- |
|   | 確認項目    | <input checked="" type="checkbox"/> 4月1日時点で、久留米市国民健康保険に加入している<br><input checked="" type="checkbox"/> 特定健康診査受診券を使用して、他に健康診断を受けていない |                |            |
| 国民健康保険特定健康診査に相当する他の健康診査（人間ドック等）を受診しましたので、必要書類を添えて上記のとおり助成申請いたします。 |         |   |                |            |
| 助成申請をするにあたり、以下のことに同意します。  |         |   |                |            |
| 1 交付審査のため、暴力団員及び暴力団又は暴力団員と密接な関係を有する者か否かを警察に照会すること                 |         |   |                |            |
| 2 国民健康保険料の納付状況を調査すること   |         |   |                |            |
| 3 検査結果を特定健康診査の検査結果とし、保健事業等に使用すること                                 |         |   |                |            |
| 4 必要時、健診の受診結果について受診機関へ問い合わせること                                    |         |   |                |            |
| 5 特定保健指導の対象者となった際における利用券を送付すること                                   |         |   |                |            |
| 6 匿名化し、実施結果報告として部分的に国に提出すること                                      |         |   |                |            |
| 7 匿名化し、医療費適正化の観点から数値の分析を行うこと                                      |         |   |                |            |
| 8 申請後、国民健康保険特定健康診査を受診した場合は、この助成金を返還すること                           |         |   |                |            |

裏面の質問票の記載もお願いします。

久留米市記入欄

|           |  |
|-----------|--|
| 被保険者 記号番号 |  |
| 受診券番号     |  |

|     |
|-----|
| 受付印 |
|     |

質問票 ※太枠の中をご記入ください。

| No. | 質問項目   | 回答  |   |                              |
|-----|--|---|---|------------------------------|
| 1   | 現在、aからcの薬を飲まれていますか。  | a. 血圧を下げる薬  | <input type="checkbox"/> はい                               | <input type="checkbox"/> いいえ |
|     |  | b. 血糖を下げる薬又はインスリン注射   | <input type="checkbox"/> はい                               | <input type="checkbox"/> いいえ |
|     |  | c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬  | <input type="checkbox"/> はい                               | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 2   | 医師から、脳卒中（脳出血、脳梗塞等）にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。  | <input type="checkbox"/> はい   | <input type="checkbox"/> いいえ                              |                              |
| 3   | 医師から、心臓病（狭心症、心筋梗塞等）にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。   | <input type="checkbox"/> はい   | <input type="checkbox"/> いいえ                              |                              |
| 4   | 医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり、治療（人工透析など）を受けていますか。  | <input type="checkbox"/> はい   | <input type="checkbox"/> いいえ                              |                              |
| 5   | 医師から、貧血といわれたことがある  | <input type="checkbox"/> はい   | <input type="checkbox"/> いいえ                              |                              |
| 6   | 現在、たばこを習慣的に吸っていますか。<br>※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件1と条件2を両方を満たす者<br>条件1：最近1か月間吸っている<br>条件2：生涯で6か月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている                            | <input type="checkbox"/> はい（条件1と条件2を両方満たす）<br><input type="checkbox"/> 以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない（条件2のみ満たす）<br><input type="checkbox"/> いいえ（条件1と2以外）   |   |                              |
| 7   | 20歳の時の体重から10kg以上増加している。  | <input type="checkbox"/> はい   | <input type="checkbox"/> いいえ                              |                              |
| 8   | 1回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。   | <input type="checkbox"/> はい   | <input type="checkbox"/> いいえ                              |                              |
| 9   | 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。   | <input type="checkbox"/> はい   | <input type="checkbox"/> いいえ                              |                              |
| 10  | ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い。   | <input type="checkbox"/> はい   | <input type="checkbox"/> いいえ                              |                              |
| 11  | 食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか。   | <input type="checkbox"/> 何でもかんで食べることができる<br><input type="checkbox"/> 歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある<br><input type="checkbox"/> ほとんどかめない   |   |                              |
| 12  | 人と比較して食べる速度が速い。  | <input type="checkbox"/> 速い   | <input type="checkbox"/> ふうふう <input type="checkbox"/> 遅い |                              |
| 13  | 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"/> はい   | <input type="checkbox"/> いいえ                              |                              |
| 14  | 朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか。  | <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ほとんど摂取しない  |   |                              |
| 15  | 朝食を抜くことが週に3回以上ある。  | <input type="checkbox"/> はい   | <input type="checkbox"/> いいえ                              |                              |
| 16  | お酒（日本酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度はどのくらいですか。<br>※「やめた」とは、過去に月1回以上の習慣的な飲酒歴があった者の内、最近1年以上酒類を摂取していない者   | <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週5~6日 <input type="checkbox"/> 週3~4日<br><input type="checkbox"/> 週1~2日 <input type="checkbox"/> 月に1~3日 <input type="checkbox"/> 月に1日未満<br><input type="checkbox"/> やめた <input type="checkbox"/> 飲まない（飲めない） |   |                              |
| 17  | 飲酒日の1日当たりの飲酒量<br>日本酒1合（アルコール度数15度・180ml）の目安：<br>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・60ml）、缶チューハイ（同5度・約500ml、同7度・約350ml） | <input type="checkbox"/> 1合未満 <input type="checkbox"/> 1~2合未満<br><input type="checkbox"/> 2~3合未満 <input type="checkbox"/> 3~5合未満<br><input type="checkbox"/> 5合以上   |   |                              |
| 18  | 睡眠で休養が十分とれている。   | <input type="checkbox"/> はい   | <input type="checkbox"/> いいえ                              |                              |
| 19  | 運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いませんか。   | <input type="checkbox"/> 改善するつもりはない<br><input type="checkbox"/> 改善するつもりはある（概ね6か月以内）<br><input type="checkbox"/> 近いうちに（概ね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"/> 既に改善に取り組んでいる（6か月未満）<br><input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる（6か月以上）              |   |                              |
| 20  | 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 type="checkbox"/> はい   | <input type="checkbox"/> いいえ                              |                              |
| 21  | 電話やSMSによる特定健康診査、がん検診等のご案内を市から行うことに同意しますか。  | <input type="checkbox"/> はい   | <input type="checkbox"/> いいえ                              |                              |