

(第1号様式)

## 職場等健診結果提供による記念品交付申請書

久留米市長 様

令和〇年〇〇月〇〇日申請

〒830-0022	
申請者 住所	久留米市 城南町15番地5
(受診者) 氏名	久留米 くるっぱ <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">印</span>
電話	( 0942 ) 30 - 9000

記念品の交付申請をするにあたり、以下のことを同意します。

- 市税の納付状況を調査すること
- 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
- 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
- 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
- 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
- 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

受診者	氏名		受診券番号							
	久留米 くるっぱ		21500012345							
受診者	生年月日		年齢	被保険者証記号番号						
	昭和〇〇年	〇〇月	〇〇日	〇〇歳	A	1	—	2	3	4

受診機関	受診機関名										
	〇〇病院										
	所在地										
	久留米市〇〇町〇〇番地〇										
	受診日										
令和〇年〇〇月〇〇日											

申請は、当該年度の  
受診日のみ有効

添付書類

- 久留米市国民健康保険被保険者証  
 特定健康診査受診券  
 健診の受診結果の写し  
 印鑑

受付者

受付印

 郵送  窓口

健診結果チェック表

身体計測	<input type="checkbox"/> 身長 <input type="checkbox"/> 体重 <input type="checkbox"/> 腹囲 <input type="checkbox"/> BMI	
診察	<input type="checkbox"/> 既往歴 <input type="checkbox"/> 自覚症状 <input type="checkbox"/> 他覚症状	
血圧の測定	<input type="checkbox"/> 収縮期血圧 <input type="checkbox"/> 拡張期血圧	
血液検査	血中脂質検査	<input type="checkbox"/> 中性脂肪 <input type="checkbox"/> HDL コレステロール <input type="checkbox"/> LDL コレステロール
	肝機能検査	<input type="checkbox"/> GOT <input type="checkbox"/> GPT <input type="checkbox"/> $\gamma$ -GTP
	血糖検査	<input type="checkbox"/> 空腹時血糖 又は <input type="checkbox"/> ヘモグロビンA1c
尿検査	<input type="checkbox"/> 糖 <input type="checkbox"/> 蛋白	
メタボ判定	<input type="checkbox"/> あり	
医師の判断	<input type="checkbox"/> あり	

条件チェック表

- 久留米市が特定健康診査を実施する年度に40～74歳に達する者。
- その年度の4月1日時点で久留米市国民健康保険被保険者であり、他の健康診査受診時において同被保険者である者。
- (検査項目)実施要項第3条のすべてを満たす健康診査を受診した者
- その年度において、特定健康診査を受診していない者
- その年度において、国民健康保険特定健康診査に係る他の助成(人間ドック等)を受けていない者
- 助成申請時に世帯の納期到来分の国民健康保険料を完納していること

チェックを入れてください

問診表

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
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
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
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
医師から、貧血といわれたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 (*「現在、たばこを習慣的に吸っている」とは、これまでに合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っており、かつ最近1ヶ月間も吸っている状態をいいます)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

必要書類チェック欄

受診券 回収	問診表 記入	健診結果表		保険証 コピー
		原本確認印	コピー	
済 返還不能				