

(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

令和 年 月 日申請

| | | | | |
|-----------------|------------------|----------|-------|--|
| 健診を受けた被保険者とその内容 | 氏名 | ⑩ | | |
| | 住所 | 〒 - | | |
| | 生年月日 | 昭和 年 月 日 | | |
| | 被保険者証記号番号 | - | 受診券番号 | |
| | 健診を受けた医療機関 | 所在地 | | |
| | | 名称 | | |
| | 健診受診日 | 令和 年 月 日 | | |
| | 健診名称 (人間ドック等) | | | |
| 受診料として自己負担した金額 | ¥ | | | |

上記のとおり健診に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。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に同意します。また申請後、国保特定健康診査を受診した場合は、この助成金を返還します。

なお、提出いただいた健診結果の数値については、下記の利用を行いますのでご了承ください。

- 1 特定保健指導の階層化を行い、対象者となれば利用券を送付いたします。
- 2 匿名化し、実施結果報告として部分的に国へ提出いたします。
- 3 匿名化し、医療費適正化の観点から数値の分析を行います。

受付印

〔この申請に対するお問い合わせは〕

久留米市保健所健康推進課

電話番号 0942-30-9331

FAX番号 0942-30-9833

| |
|-----|
| 受付印 |
| |

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"/> γ -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継続して久留米市国民健康保険被保険者である者。
- 〔検査項目〕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
- 助成の対象となる他の健康診査の受診料を自己負担（否医療行為等）で受診している者
- 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
- 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でない者

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 | | 領収書 | | 振込先 確認 |
|-----------|-----------|-------|-----|-------|-----|-----------|
| | | 原本確認印 | コピー | 原本確認印 | コピー | |
| 済 返還不能 | | | | | | |