

阿賀町長様

阿賀町国民健康保険人間ドック健診費用助成金交付申請書

人間ドック健診費用助成事業に係る助成金の交付について、次のとおり必要書類を添えて申請します。

フリガナ		生年月日	
氏名		被保険者証記号・番号	阿賀
住所	〒 - 東蒲原郡阿賀町		
電話	- -		
申請額	金 円	※上限10,000円 ただし、健診機関等で支払った健診費用の額が10,000円を下回る時は、その支払額とする。	

振込先金融機関

金融機関名	銀行	支店名	支店
	信用金庫		本店
	信用組合		出張所
	労働金庫		
	農協		
口座番号		口座名義人	預金種別
		フリガナ	1. 普通
		氏名	2. 当座
			3. 貯蓄

※申請者と振込先口座名義人が異なる場合は、裏面の委任状欄の記入が必要です。

下記の助成要件をご確認いただき、必ず☑をいれてください。

- 人間ドック健診を受ける年度の4月1日時点及び人間ドック受診日において、阿賀町に住所を有し、阿賀町国民健康保険の被保険者である。
- 阿賀町国民健康保険税を滞納していない世帯に属している。
- 人間ドック健診を受ける年度末時点の年齢が40歳以上75歳未満である。
- 人間ドック健診を受ける年度中に阿賀町特定健康診査を受けていないまたは、受けない。
- 健診結果によって特定保健指導の対象となった場合は、指導を受ける。

【その他の必要書類】 ・ 健診費用の領収書の写し ・ 健診結果の写し ・ 質問票（本用紙裏面）

番号	質問項目	いずれかに○を付けてください
	現在aからcの薬を服用していますか	
1	a. 血圧を下げる薬	① はい ② いいえ
2	b. 血糖を下げる薬又はインスリン注射	① はい ② いいえ
3	c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬	① はい ② いいえ
4	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	① はい ② いいえ
5	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	① はい ② いいえ
6	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(人工透析等)を受けていますか	① はい ② いいえ
7	医師から、貧血といわれたことがありますか	① はい ② いいえ
8	現在、たばこを習慣的に吸っていますか ※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件1と条件2を両方満たす者である。 条件1:最近1か月間吸っている 条件2:生涯で6か月間以上吸っている、または合計100本以上吸っている	①はい(条件1と条件2を両方満たす) ②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) ③いいえ(①②以外)
9	20歳の時から体重が10kg以上増加していますか	① はい ② いいえ
10	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施していますか	① はい ② いいえ
11	日常生活において、歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施していますか	① はい ② いいえ
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して、歩く速度が速いですか	① はい ② いいえ
13	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	①何でもかんで食べる事ができる ②歯や歯ぐき、かみ合わせ等気になる部分があり、かみにくい事がある ③ほとんどかめない
14	人と比較して食べる速度が速いですか	①速い ②ふつう ③遅い
15	就寝前の2時間以内に夕食をとることが、週3回以上ありますか	① はい ② いいえ
16	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	①毎日 ②時々 ③ほとんど摂取しない
17	朝食を抜くことが週に3回以上ありますか	① はい ② いいえ
18	お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度はどれくらいですか ※「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うち、最近1年以上酒類を摂取していない者	① 毎日 ② 週5～6日 ③ 週3～4日 ④ 週1～2日 ⑤ 月に1～3日 ⑥ 月に1日未満 ⑦ やめた ⑧ 飲まない(飲めない)
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量 ※日本酒1合(アルコール度数15度・180ml)の目安 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)	① 1合未満 ② 1～2合未満 ③ 2～3合未満 ④ 3～5合未満 ⑤ 5合以上
20	睡眠で休養が十分とれていますか	① はい ② いいえ
21	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	①改善するつもりはない ②改善するつもり(概ね6か月以内) ③近いうち(概ね1か月以内)に改善するつもりであり、少しずつ始めている ④すでに改善に取り組んでいる(6か月未満) ⑤すでに改善に取り組んでいる(6か月以上)
22	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	① はい ② いいえ

【委任欄】

*申請者と振込先口座名義人が異なる場合

阿賀町国民健康保険人間ドック健診助成金の受領を次の者に委任します。

年 月 日

委任する人 氏名 ⑥ (自署の場合は押印不要)

委任を受ける人 住所 [電話 ()]

氏名 (委任する人との関係)