

茅野市長寿医療人間ドック補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

（宛先）茅野市長

申請者（受診者）

住 所	茅野市	電話番号	
氏 名		生年月日	年 月 日

人間ドック補助金の交付を受けたいので、下記のとおり申請し、及び請求いたします。

記

1 申請（請求）額 _____ 円

2 添付書類 領収書
後期高齢者医療被保険者証

3 内容

種 類	<input type="checkbox"/> 日帰りドック	<input type="checkbox"/> 1泊2日ドック	
受 診	<input type="checkbox"/> 諏訪中央病院	<input type="checkbox"/> 富士見高原病院	
医療機関	<input type="checkbox"/> 諏訪赤十字病院	<input type="checkbox"/> その他（ ）	
受 診 日	年 月 日	受 診 料	円
被保険者番号			

4 振込口座

金融機関名	銀 行 信用金庫 信用組合 農 協		支店 支所
口座番号	普通 当座	口座名義人 (カタカナ)	
委 任 状	※申請者と口座名義人が違う場合のみ署名・押印してください。 上記口座名義人への振込を了承します。 申請者氏名 _____ 印		

人間ドック補助金申請の皆様用 問診記入用紙

提出をお願いするものは、人間ドックの結果の写しとこの問診記入用紙です。

氏名 _____ 生年月日 _____

住所 茅野市 _____ 電話 _____

連絡がとれる時間帯 午前・午後 _____ : _____ ~ 午前・午後 _____ :

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医療機関 _____

下記の該当する項目に○をつけてください。

1	血圧を下げる薬を飲んでいますか	はい	いいえ
2	血糖を下げる薬を飲んだり、インスリン注射をしていますか？	はい	いいえ
3	コレステロールや中性脂肪を下げる薬を飲んでいますか？	はい	いいえ
4	医師から、脳卒中（脳出血、脳梗塞等）にかかっているとされたり、治療を受けたことがありますか？	はい	いいえ
5	医師から、心臓病（狭心症、心筋梗塞等）にかかっているとされたり、治療を受けたことがありますか？	はい	いいえ
6	医師から慢性の腎不全にかかっているとされたり、治療（人工透析）を受けたことがありますか？	はい	いいえ
7	医師から、貧血と言われたことがありますか？	はい	いいえ
8	たばこについてお聞きします。	吸う ()本/日 ()年間	禁煙した ()年前から 吸わない
9	今までに病気や入院をしましたか？ 「はい」の方は右記の項目に○をしてください。	はい	脳卒中・高血圧・心臓病・糖尿病 脂質異常症・肝臓病・その他 ()
		いいえ	
10	家族で右記の病気にかかった人がいますか？ 「はい」の方は右記の項目に○をしてください。	はい	父・母・兄弟姉妹 脳卒中・高血圧・心臓病・糖尿病 脂質異常症・肝臓病・その他 ()
		いいえ	
11	現在、自覚症状はありますか？ 「はい」の方はカッコ内に症状を書いてください。	はい () いいえ	

(注) 今年度、人間ドックを受診した方は、同じ年度内に 75 歳以上健診を受診しないようお願いいたします。