

茅野市長寿医療人間ドック補助金交付申請書兼請求書

令和 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	昭和 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  
人間ドック健診結果、問診記入用紙

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 医療機関	<input type="checkbox"/> 諏訪中央病院	<input type="checkbox"/> 富士見高原病院
	<input type="checkbox"/> 諏訪赤十字病院	<input type="checkbox"/> その他（ ）
受 診 日	令和 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		

## 人間ドック健診結果提出について

人間ドック補助金交付申請をする場合、人間ドック健診結果を提出することが義務付けられました。また市では、提出いただいた健診結果を分析することで、健康課題を明らかにし、保健予防活動につなげています。

提出していただいた結果は、個人情報保護法等を遵守し、適正に取扱います。

人間ドック健診結果とこの問診記入用紙のご提出をお願いいたします。

※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。

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）にかかっていると言われたり、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）にかかっていると言われたり、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言われたり、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
		いいえ	脂質異常症・肝臓病・その他 ( )
10	家族で右記の病気にかかった人がいますか？ 「はい」の人は右記の項目に○をしてください。	はい	父・母・兄弟姉妹
		いいえ	脳卒中・高血圧・心臓病・糖尿病 脂質異常症・肝臓病・その他 ( )
11	現在、自覚症状はありますか？ 「はい」の人はカッコ内に症状を書いてください。	はい ( )	
		いいえ	

【お問い合わせ】茅野市健康づくり推進課（健康管理センター内）電話 82-0105