

課長	係長	受付・確認	受付印

後期高齢者医療保険人間ドック受診料助成申請書

清瀬市長殿

人間ドック受診料の助成を下記のとおり申請します。

※ 太枠内の中のみ記入してください。

受	保険者番号	3	9	1	3	2	2	1	2
	被保険者番号								
診	住所	清瀬市							
	(フリガナ)								
	氏名								
者	生年月日	明治・大正・昭和			年	月	日		
	日帰り	令和			年	月	日		
受診日	宿泊	令和	年	月	日	～	月	日	
	検査病院等名称								
領収書金額		円							
※支給決定金額		円							

人間ドック受診料支払口座振込指定書

振込指定銀行	銀行・農業協同組合 信用金庫・信用組合	本店 支店
指定口座番号		普通・当座
(フリガナ)		
口座名義		
人間ドック受診料助成金額を上記の金融機関へ振り込んでください。		
申請日 令和 年 月 日		
(申請者)住所 清瀬市		
氏名	電話番号：	

確認事項	後期高齢者医療保険料完納確認済
------	-----------------

利用できる方・・・清瀬市の後期高齢者医療保険加入者で、後期高齢者医療保険料を納期内に完納している方。

助成要件・・・1人年1回(4月1日から3月31日)。受診料の2分の1(ただし、宿泊等2日以上にわたる場合は3万円、その他の場合は2万円を限度とします)。

※ 添付書類・・・人間ドック領収書(コピー可) 健診結果(コピー) 問診表

## 清瀬市後期高齢者医療健康診査問診票

氏名	フリガナ		1. 男 2. 女
生年月日	明・大・昭 年 月 日 ( 歳)		
住所	清瀬市		
電話	-	-	自宅・携帯

※ 左の枠内及び下記の質問のあてはまるところに  
○または必要な事項をご記入の上、受診してく  
ださい。

※ 記入漏れのないようにお願いいたします。

1	a 現在、血圧を下げる薬を服用していますか。	1. はい 2. いいえ
	b 現在、糖尿病の薬(血糖を下げる薬)又はインスリン注射をしていますか。	1. はい 2. いいえ
	c 現在、コレステロールや中性脂肪を下げる薬を服用していますか。	1. はい 2. いいえ
2	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
3	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
4	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。	1. はい 2. いいえ
5	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
6	あなたの現在の健康状態はいかがですか。	1.よい 2.まあよい 3.ふつう 4.あまりよくない 5.よくない
7	毎日の生活に満足していますか。	1.満足 2.やや満足 3.やや不満 4.不満
8	1日3食きちんと食べていますか。	1. はい 2. いいえ
9	半年前に比べて固いもの(*)が食べにくくなりましたか。 *さきいか、たくあんなど	1. はい 2. いいえ
10	お茶や汁物等でむせることがありますか。	1. はい 2. いいえ
11	6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか。	1. はい 2. いいえ
12	以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか。	1. はい 2. いいえ
13	この1年間に転んだことがありますか。	1. はい 2. いいえ
14	ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか。 ※1日の歩数はどのくらいですか(わかる方はお答えください)。目安:10分の歩行でおよそ1000歩	1. はい 2. いいえ おおよそ( )歩
15	周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるとされていますか。	1. はい 2. いいえ
16	今日が何月何日かわからない時がありますか。	1. はい 2. いいえ
17	あなたはたばこを吸いますか。	1. 吸っている 2. 吸っていない 3. やめた
18	週に1回は外出していますか。	1. はい 2. いいえ
19	ふだんから家族や友人と付き合いがありますか。	1. はい 2. いいえ
20	体調が悪いときに、身近に相談できる人はいますか。	1. はい 2. いいえ
21	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ことができる。 2. 歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある。 3. ほとんどかめない。	

