

市川市国民健康保険等人間ドック助成金交付申請書

年 月 日

市川市長

申請者 住所
氏名
電話番号

市川市国民健康保険等人間ドック助成金の交付を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

1 助成金交付申請額 金 円

2 添付書類

- (1) 国民健康保険税を滞納していない世帯に属すること又は高齢者の医療の確保に関する法律第104条第1項の保険料を滞納していないことを証する書類
- (2) 人間ドックの検査結果を証する書類の写し
- (3) 受検料を証する書類の写し
- (4) その他市長が必要と認める書類

○ 添付書類省略のための同意

添付書類(1)により証明すべき事実を市川市が公簿等で確認することについて

同意します

同意しません

【確認事項】

- 1 申請時にご提出いただく人間ドックの検査結果については、個人情報に十分配慮し、健康診査の制度向上のための統計処理、保健事業のために利用させていただきます。
- 2 同一年度内において、高齢者の医療の確保に関する法律第20条の規定による特定健康診査又は千葉県後期高齢者医療広域連合後期高齢者医療に関する条例第4条第1号の健康診査を受診した場合は、助成金の交付対象とはなりません。これに該当した場合には、助成金の交付決定を取り消し、又は助成金の返還を求めます。

確認事項について了承します。

氏名（署名）

市川市国民健康保険等人間ドック助成金交付請求書

年 月 日

市川市長

請求者 住所

氏名

電話番号

年 月 日付けで交付決定のあった市川市国民健康保険等人間ドック助成金について、下記のとおり請求します。なお、当該交付の決定に係る助成金の額を下記の振込先に振り込んでください。

記

1 助成金交付請求額 金 円

2 振込先

金融機関名	銀行 金庫 組合	本店 支店 出張所	種目	口座番号						
口座番号	金融機関コード		1 普通 2 当座							
	店舗コード									
フリガナ										
口座名義人										

人間ドック質問票(後期高齢者)

2025.4

受診者名

※太枠にご記入ください。

生年月日	今年度末(3月31日)年齢	性別	人間ドックにかかった費用
T・S <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	<input type="text"/> 歳	男・女	<input type="text"/> 円

人間ドックを受診した日	実施医療機関名
令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	<input type="text"/>

No.	質問事項	選択肢 (○をつけてください)
1	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
2	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
3	1日3食きちんと食べていますか。	① はい ② いいえ
4	半年前に比べて固いもの(さきいか・たくあんなど)が食べにくくなりましたか。	① はい ② いいえ
5	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
6	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
7	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
8	この1年間に転んだことがありますか。	① はい ② いいえ
9	ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか。	① はい ② いいえ
10	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
11	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
12	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
13	週に1回以上は外出していますか。	① はい ② いいえ
14	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
15	体調が悪いときに、身近に相談できる人がいますか。	① はい ② いいえ