吹田市国民健康保険人間ドック等助成金交付申請書兼口座振込依頼書

申請日　　年　　月　　日

吹田市長　宛

見本

次のとおり、国民健康保険人間ドック等助成金の交付を申請し、交付決定額について、下記口座に振込を依頼します。また、提供した検査結果を市が特定保健指導その他保健事業に利用することに同意します。

申請者	フリガナ	**スイタ　タロウ**
	氏　　名	**吹田　太郎**
	生年月日	(昭和)・平成・西暦　　**〇〇** 年 **〇〇** 月 **〇〇** 日
	住　　所	（郵便番号）〒 **564－8550** **吹田市泉町1－3－40**
	電話番号	**06(　6384　)1239**
受診区分		■　人間ドック　　■　脳ドック
受診年月日		**〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日**
検査医療機関		**市立吹田市民病院**
申請額 ※金額欄の訂正不可	人間ドック	脳ドック
	26000　円	**24000**円
	※上限額26,000円	※上限額24,000円

上限額を超える場合は上限額を記入してください。
例：55,000円の人間ドックを受けた場合は26,000円と記入

※助成対象者、助成の対象となる人間ドック、必要書類等について、必ず裏面を確認してください。

軽微な誤字脱字の修正を市側が行うことについて	■　承諾する　　□　承諾しない 上記のいずれかにチェックを入れてください。						
振込先	金融機関名		支店名			預金種別	
	〇〇 銀行 信用金庫 協同組合 (　　)		**〇〇** 支店			(普通) 当座	
	口座番号	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
	口座名義（カタカナ）	**スイタ　タロウ**					

※振込先にゆうちょ銀行を御利用の場合は、他金融機関からの振込用　支店名（漢数字3ケタ）・預金種目・口座番号（7ケタ）を御記入ください。

委任欄	当助成金の受領について、上記振込先口座名義人に委任します。 委任者氏名

※申請者と振込先口座名義人が異なる場合は、申請者が必ず上記委任欄を御記入ください。

【かならずお読みください】

○助成対象者は、次のいずれにも該当する方です。

（1）人間ドック・脳ドック受診日時点で吹田市国民健康保険の加入者
（2）人間ドック・脳ドック受診日の属する年度において40歳以上、かつ受診日において74歳以下の方
（3）交付申請日において納期が到来している国民健康保険の保険料を完納している世帯の方
（4）受診日の属する年度において、高齢者の医療の確保に関する法律第１８条第１項に規定する特定健康診査を受診していない方（人間ドック申請の場合のみ）
（5）検査結果を提出し、それを市が特定保健指導その他保健事業に利用することに同意する方

○助成の対象は、次のいずれにも該当する検査です。

【人間ドック】
検査医療機関において実施される総合的な精密検査であって、検査項目が吹田市国保健康診査の検査項目に準ずるもの。

【脳ドック】
（1）検査医療機関において、頭部MRI検査及び頭部MRA検査をともに実施したもの
（結果説明書等により検査内容を確認します。）
（2）受診日が令和７年４月１日以降の検査

※いずれも１年度中１回に限り助成の対象となります。（４月～翌３月）
※受診日の属する年度の翌年６月末日までに申請してください。申請期限日以降は、助成対象外となりますのでご注意ください。

○助成金額は以下のとおりです。

【人間ドック】
人間ドックの受診に要した費用の額又は26,000円のいずれか少ない額。
【脳ドック】
脳ドックの受診に要した費用の額又は24,000円のいずれか少ない額。

○申請する際には、次の書類を添付してください。

（1）受診費用の領収書の写し（明細が記載されているものを含む）
（2）検査結果説明書等の写し
（脳ドックについては頭部MRI検査・頭部MRA検査をともに受けたことがわかるもの）
（3）質問票（※人間ドック申請の場合のみ）
（4）交付されている吹田市国保健康診査受診票（Ａ票）（※人間ドック申請の場合のみ）
※吹田市国民健康保険に加入されていることがわかる書類等をご提示いただく場合がございます。

質　　問

人間ドック助成金を申請の場合はご記入ください

見本

※健診機関等で、次の２２項目全てが含まれる問診票等を記入した場合であって、その写しを提出するときは、この用紙の提出は必要ありません。

記入日	令和　7　年
氏名	吹田　太郎

	質　問　項　目	選　択　肢
1-3	現在、次のａからｃの薬を使用していますか。	
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（人工透析など）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る。	①　はい　②　いいえ
8	現在たばこを習慣的に吸っている。 （※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、「合計100本以上、又は６ヶ月以上吸っている者」であり、最近１か月間吸っている者）	①　はい　②　いいえ
9	20歳のときの体重から10ｋｇ以上増加している。	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年以上実施している。	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る。	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。	①　はい　②　いいえ
13	食事をかんで食べるとき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
14	人と比較して食べる速度が速い。	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に３回以上ある。	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回以上ある。	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	①　毎日　②　時々 ③　ほとんど飲まない（飲めない）
19	飲酒日の１日あたりの飲酒量 日本酒１合（180ｍｌ）の目安 ： ビール500ｍｌ、焼酎（25度（110ｍｌ））、ウイスキー（43度（60ｍｌ））、ワイン（14度（180ｍｌ））、缶チューハイ（5度（500ｍｌ））	①　１合未満 ②　１～２合未満 ③　２～３合未満 ④　３合以上
20	睡眠で休養が十分とれている。	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すか。	①　改善するつもりはない ②　改善するつもりである（概ね６か月以内） ③　近いうちに改善するつもりであり、少しずつ始めている　（概ね１か月以内） ④　既に改善に取り組んでいる（６か月未満） ⑤　既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