様式第１号（第５条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 和気町後期高齢者医療人間ドック助成金交付申請書 | | | | | | | | | |
| 被保険者証番号 | |  | | | | | | | |
| 検査を受けた被保険者氏名  生年月日 | | 生年月日　　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | | | |
| 検査受診日現在での年齢　（　満　　　　歳） | | | | | | | |
| 受　診　年　月　日 | | 年　　　　　月　　　　　日 | | | | | | | |
| 高齢者健康診査受診 | | あり　・　なし | | | | | | | |
| 受診医療機関名 | |  | | | | | | | |
| 助　成　金　額 | | １０，０００円 | | | | | | | |
| 振  込  先 | 金融機関・支店名 | 銀行・信用金庫・農協 | | | | | | | |
| 口座番号等 | 普通・当座 |  |  |  |  |  |  |  |
| 名　　義　　人  （ カ タ カ ナ ） |  | | | | | | | |
| 上記のとおり別紙必要書類を添えて申請します。  　　なお、検査結果は保健指導及びその一部を国・和気町の統計資料として活用することに同意します。  　　　　　　　年　　　　月　　　　日  　　（あて先）和　気　町　長  　　　　　　　　申請者　　住　　所　　和気町  　　　　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞  　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | |

参考：健診の基本項目

|  |  |
| --- | --- |
|  | 項　目 |
| １ | 既往歴の調査（服薬歴及び喫煙習慣の状況に係る調査を含む。） |
| ２ | 身長、体重及び腹囲の検査 |
| ３ | BMI（次の算式により算出した値をいう。）の測定  　BMI＝体重（kg）÷身長２（m） |
| ４ | 血圧測定 |
| ５ | 自覚症状及び他覚症状の有無の検査（理学的所見、視診、打聴診、触診等） |
| ６ | 総コレステロール、中性脂肪、血清トリグリセライド（中性脂肪）、高比重リポ蛋白コレステロール（HDLコレステロール）及び低比重リポ蛋白コレステロール（LDLコレステロール）の量の検査 |
| ７ | 血清グルタミックオキサロアセチックトランスアミラーゼ（GOT）、血清グルタミックピルビックトランスアミナーゼ（GPT）及びガンマーグルタミルトランスぺぷちダーゼ（γ－GTP）の検査 |
| ７ | 尿酸、HbA1c（NGSP） |
| ８ | 血糖検査 |
| ９ | 尿中の糖及び蛋白の有無の検査 |
|  | ヘマトクリット値、血色素量、赤血球、白血球及び血小板の検査 |