

高梁市長 様

申請者 住所

氏名

（被保険者本人）（自署又は記名押印）

生年月日

電話番号

高梁市国民健康保険市外人間ドック等情報提供報奨金交付申請書

高梁市国民健康保険市外人間ドック等情報提供報奨金の交付を受けたいので、高梁市国民健康保険市外人間ドック等情報提供報奨金交付要綱第5条の規定により関係書類を添えて申請します。交付を受けるに当たり、今年度の市が実施する特定健康診査は受けません。

被保険者証記号番号	岡 9		
受診の種類	<input type="checkbox"/> 職場健診（職場名 _____） <input type="checkbox"/> 農協健診 <input type="checkbox"/> その他（検診機関名： _____）		
受診日			
人間ドック等の受診結果によって、特定保健指導等の案内があることについて同意します。 ※チェックがない場合は、報奨金の対象となりません。			チェック

- 添付書類 (1) 特定健康診査受診券
 (2) 受診結果の写し ※特定健康診査における検査項目を満たしているもの
 (3) その他市長が必要と認める書類

健診結果項目（※市記入欄）

身体計測	<input type="checkbox"/>	身長	血液検査	血糖	<input type="checkbox"/>	空腹時血糖
	<input type="checkbox"/>	体重			<input type="checkbox"/>	H b A 1 c
	<input type="checkbox"/>	B M I		脂質	<input type="checkbox"/>	中性脂肪
	<input type="checkbox"/>	腹囲			<input type="checkbox"/>	H D L コレステロール
血圧	<input type="checkbox"/>	拡張期			<input type="checkbox"/>	L D L コレステロール
	<input type="checkbox"/>	収縮期		肝機能	<input type="checkbox"/>	A S T (G O T)
尿検査	<input type="checkbox"/>	尿糖			<input type="checkbox"/>	A L T (G P T)
	<input type="checkbox"/>	尿たんぱく			<input type="checkbox"/>	γ - G T (γ - G P T)
問診・結果等	<input type="checkbox"/>	特定問診項目		<input type="checkbox"/>	既往歴	
	<input type="checkbox"/>	自覚症状・他覚症状		<input type="checkbox"/>	内科診察（総合判定）	

