

記入例

様式第1号（第5条関係）

幸手市後期高齢者医療人間ドック等助成金交付申請書	
被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8
検査を受けた被保険者 氏名・生年月日	幸手 桜子 昭和22年2月22日生
	検査受診日現在の年齢（満 77 歳）
総合検査の区分・受診日	人間ドック・脳ドック（令和6年11月1日受診）
高齢者健康診査受診 （人間ドックの場合記入）	あり ・ なし
医療機関名	〇〇病院
助成金額（自己負担額）	27,000円（38,000円）
振 込 先	金融機関・支店名 さっちゃん銀行 信用金庫・農協（幸手支店）
	口座番号等 普通・当座 1 2 3 4 5 6 7 左づめ
	名義人 （申請者のもの） フリガナ サツテ サクラコ 幸手 桜子
<p>上記のとおり別紙必要書類を添えて申請します。 なお、検査結果を匿名化した上、その一部を国及び幸手市の統計資料として活用することに同意します。</p> <p>令和6年12月2日 （あて先）幸手市長</p> <p>申請者 住所 幸手市東4丁目6番8号 氏名 幸手 桜子 電話番号 0480（43）1111</p>	

添付書類・・・ 領収書・検査結果(写)

(裏面)

様式第1号 (第5条関係)

氏名 (**幸手 桜子**)

質問票 「今年度の間人ドック受診時の状況」

1 次の薬を使用していますか。

該当するもの全てに○をつけてください。

- ・ 血圧を下げる薬
- ・ インスリン注射または血糖を下げる薬
- ・ コレステロールを下げる薬

なし

2 現在たばこを習慣的に吸っていますか。

下記のいずれかに○をつけてください。

- ・ はい
- ・ 以前は吸っていたが、最近1カ月間は吸っていない

いいえ

3 既往歴についてお伺いします。

下記に該当するものがあれば全てに○をつけてください。

- ・ **特になし** ・ 肺結核 ・ 脳卒中 ・ 高血圧 ・ 心臓病 ・ 貧血
- ・ 腎臓病 ・ 肝臓病 ・ 糖尿病 ・ 痛風 ・ 高脂血症
- ・ その他 ()

4 自覚症状についてお伺いします。

下記に該当するものがあれば全てに○をつけてください。

- ・ **特になし** ・ どうき ・ 息切れ ・ めまい ・ 立ちくらみ
- ・ 頭痛 ・ 腰痛 ・ 膝関節痛 ・ 胸がしめつけられる ・ 耳鳴り
- ・ 便秘 ・ せき ・ たん ・ 血たん ・ 胸痛 ・ 微熱
- ・ 体がだるい ・ 体重減少 ・ 寝汗をかく
- ・ その他 ()