

富里市人間ドック及び脳ドック助成金交付要綱

(平成25年3月15日告示第37号)

改正 令和2年3月12日告示第21号 令和3年3月18日告示第49号
令和4年3月18日告示第40号 令和5年3月14日告示第30号
令和6年3月18日告示第35号 令和6年12月2日告示第128号

(目的)

第1条 この要綱は、富里市国民健康保険及び千葉県後期高齢者医療制度の被保険者（以下「被保険者」という。）が、人間ドック及び脳ドック（以下「人間ドック等」という。）を受検する場合に、予算の範囲内でその費用の一部を助成することにより疾病の早期発見及び早期治療に役立て、被保険者の健康保持増進を図り、もって国民健康保険事業及び後期高齢者医療制度の健全な運営に寄与することを目的とする。

(定義)

第2条 この要綱において、次の各号に掲げる用語の意義は、それぞれ当該各号に定めるところによる。

- (1) 人間ドック 複数の検査等により総合的に行われる精密検査であって、特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準（平成19年厚生労働省令第157号）第1条に規定する特定健康診査（以下「特定健康診査」という。）の健診項目を全て含むものをいう。
- (2) 脳ドック 複数の検査等により主として脳に係る疾病の早期発見を目的として行われる脳精密検査をいう。
- (3) 契約医療機関 人間ドック等の受検に要した費用に係る助成金の代理受領につき、市と契約した医療機関をいう。

(助成金の額)

第3条 助成金の額は、次に掲げるとおりとする。この場合において、当該額に1円未満の端数を生じるときは、これを切り捨てるものとする。

- (1) 人間ドックの受検に係る検査費用の10分の7に相当する額とする。ただし、その額が2万円を超える場合は3万5千円を限度とする。
- (2) 脳ドックの受検に係る検査費用の2分の1に相当する額とする。ただし、その額が2万円を超える場合は2万円を限度とする。

(対象者)

第4条 助成の対象者は、次の各号のいずれにも該当する者とする。この場合

において、千葉県後期高齢者医療制度の被保険者にあつては、富里市に住所を有し、又は富里市から住所地特例の適用を受けている者でなければならない。

- (1) 第6条の規定による申請をした日及び人間ドック等を受検した日において、被保険者である者
- (2) 年齢が受検日において満40歳以上である者
- (3) 市税等を滞納していない世帯に属する者
- (4) 人間ドックの受検者については、当該年度において高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）第20条に規定する特定健康診査及び同法第125条に規定する健康診査を受診していない者

2 前項の規定にかかわらず、市長が特に必要と認めた者については、当該助成を受けることができるものとする。

（助成を受ける回数の制限）

第5条 人間ドック等の助成は、同一年度内において1回限りとする。この場合において、人間ドックと脳ドックを併用して受検するときは、これを1回とみなす。ただし、脳ドックの助成については、2か年度連続して、これを受けることができない。

（申請）

第6条 人間ドック等の助成金の交付を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、富里市人間ドック等助成申請書（別記第1号様式）に必要事項を記載の上、市長に申請しなければならない。この場合において、健康保険証の利用登録がされた個人番号カード（電子資格確認を受けることができない場合にあつては資格情報通知書を併せて提示することができる場合に限る。）又は国民健康保険被保険者資格確認書若しくは後期高齢者医療保険被保険者資格確認書（以下これらを「資格確認書類」という。）を提示するものとする。

（承認等）

第7条 市長は、前条の規定による申請があつたときは、その内容を審査し、利用を承認するときは、富里市人間ドック等助成承認書（別記第2号様式。以下「承認書」という。）を当該申請者に通知するものとする。

2 市長は、前項の審査の結果、承認しないときは、富里市人間ドック等助成不承認書（別記第3号様式）により申請者に通知するものとする。

（代理受領）

第8条 前条第1項の規定により承認書の交付を受けた申請者（以下「交付決定者」という。）であつて、契約医療機関において人間ドック等を受検する者は、助成金の受領について、当該契約医療機関に委任しなければならない。

この場合において、当該交付決定者は、契約医療機関において受検するときは、助成金の受領を委任する旨を記載した承認書を契約医療機関に提出するとともに、資格確認書類を提示するものとする。

(助成金の請求)

第9条 契約医療機関以外で受検する者は、富里市人間ドック等助成金交付請求書(別記第4号様式)に承認書、検査費用の領収書、検査結果報告書の写し及び国保質問票(別記第5号様式)又は後期質問票(別記第5号の2様式)を添えて市長に請求するものとする。

2 人間ドックと脳ドックを併用して受検した場合は、領収書にそれぞれの金額明細を記載しなければならない。

(契約医療機関の請求)

第10条 第8条の規定により交付決定者から委任を受けた契約医療機関は、当該助成金について、富里市人間ドック等助成金請求書(別記第6号様式)に富里市人間ドック等助成金請求明細書(別記第7号様式)、承認書並びに当該契約医療機関が発行する検査結果報告書及び国保質問票又は後期質問票を添えて市長に請求するものとする。

2 人間ドックと脳ドックを併用して受検した場合は、富里市人間ドック等助成請求明細書に、それぞれの検査料の金額明細を記載しなければならない。

(助成金の支払)

第11条 市長は、第9条又は前条の請求があった場合は、その内容を審査し、適当と認めるときは、速やかに助成金を交付決定者に交付し、又は契約医療機関に支払うものとする。

(助成の特例)

第12条 契約医療機関に承認書を提出せずに人間ドック等を受検した交付決定者は、第9条の規定による請求をすることができる。

(承認書等の返還)

第13条 市長は、交付決定者が次の各号のいずれかに該当するときは、承認書を返還させ、及び市長が契約医療機関に支払った当該交付決定者に係る助成金又は当該交付決定者に交付した助成金を当該交付決定者から返還させることができる。

- (1) 人間ドック等を受検しないとき。
- (2) 人間ドック等の受検前に被保険者の資格を喪失したとき。
- (3) 偽りその他不正な手段により承認書の交付を受けたとき。
- (4) 人間ドック等受検前に遡って被保険者の資格を喪失したとき。

(受検後の措置)

第14条 人間ドック等の結果、医療機関から異常を指摘された者は、治療及び健康の回復に努めなければならない。

(補則)

第15条 この要綱に定めるもののほか、富里市人間ドック等助成金の交付に関し必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

(施行期日)

1 この告示は、平成25年4月1日から施行する。

(富里市国民健康保険脳ドック助成金交付要綱の廃止)

2 富里市国民健康保険脳ドック助成金交付要綱(平成20年告示第52号)は、廃止する。

(経過措置)

3 この告示の施行の日の前日までに、廃止前の富里市国民健康保険脳ドック助成金交付要綱に基づいてなされた申請その他の行為は、なお従前の例による。

(失効)

4 この告示は、令和8年3月31日限り、その効力を失う。

附 則(令和2年3月12日告示第21号)

この告示は、令和2年4月1日から施行する。

附 則(令和3年3月18日告示第49号)

この告示は、令和3年4月1日から施行する。

附 則(令和4年3月18日告示第40号)

(施行期日)

1 この告示は、令和4年4月1日から施行する。

(経過措置)

2 この告示による改正後の富里市人間ドック及び脳ドック助成金交付要綱の規定は、この告示の施行の日(以下「施行日」という。)以後の受検(その受検が連続する日にわたる場合にあつては、その受検の初日)に係る人間ドック等の助成について適用し、施行日前に受検した人間ドック等の助成については、なお従前の例による。

附 則(令和5年3月14日告示第30号)

この告示は、公示の日から施行する。ただし、第34条の規定は、令和5年4月1日から施行する。

附 則(令和6年3月18日告示第35号)

この告示は、令和6年4月1日から施行する。

附 則（令和6年12月2日告示第128号）
この告示は、公示の日から施行する。

別記

第1号様式（第6条関係）

富里市人間ドック等助成申請書

年 月 日

富里市長 様

住 所
氏 名
電 話

富里市人間ドック及び脳ドック助成金交付要綱第6条の規定により、下記のとおり申請します。

なお、富里市が、私の市税等の納付状況を確認すること、人間ドック等の検査結果及び国保質問票又は後期質問票を取得し、保健事業に使用することについて、同意します。

記

被 保 険 者 記 号 ・ 番 号	<input type="checkbox"/> 富里市国民健康保険 <input type="checkbox"/> 千葉県後期高齢者医療制度
生 年 月 日	年 月 日 (歳)
検 査 種 別	<input type="checkbox"/> 人間ドック <input type="checkbox"/> 脳ドック <input type="checkbox"/> 人間ドック・脳ドック
医 療 機 関	
検 査 (予 定) 日	年 月 日
特定健康診査等の受診（予定）の有無	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無

該当する□に✓を記入してください。

〈市役所記入欄〉

確 認 事 項			
申請日において被保険者であるか		可 ・ 否	
受検日において満40歳以上であるか		可 ・ 否	
申請日において市税等を滞納していない世帯であるか		可 ・ 否	
当年度は1回目の受検であるか		可 ・ 否	
千葉県後期高齢者医療制度の被保険者にあつては、富里市に住所を有し、又は富里市から住所地特例の適用を受けている者であるか		可 ・ 否	
人間ドック		脳ドック	
当年度の特定健康診査は未受検であるか	可 ・ 否	前年度・当年度の脳ドックは未受検であるか	可 ・ 否
判 定	<input type="checkbox"/> 承 認	<input type="checkbox"/> 不 承 認	
(不承認理由)			

富里市人間ドック等助成承認書

第 年 月 日 号

様

富里市長



年 月 日付けで申請のあった富里市人間ドック等の助成について、下記のとおり承認しましたので、富里市人間ドック及び脳ドック助成金交付要綱第7条第1項の規定により通知します。

記

被保険者記号・番号		<input type="checkbox"/> 富里市国民健康保険 <input type="checkbox"/> 千葉県後期高齢者医療制度
受 検 者	住 所	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
	受診券番号	
医 療 機 関	名 称	
	所在地	
検査（予定）日		
《備 考》 1. 検査は、年 月 日までに受けてください。 2. 受検時点において、富里市の被保険者でなくなった場合は、無効となります。 3. 当該年度において特定健康診査等を受診した場合は、人間ドックに係る助成は受けられません。 ※人間ドックと脳ドックを併用で受検した場合は、それぞれの検査料の金額明細が必要です。		

※契約医療機関で受検する場合は、代理受領承諾及び結果報告同意署名欄に署名し、契約医療機関へ提出してください。

代理受領承諾及び結果報告同意署名欄
私が受ける助成金の受領について、人間ドック等を受けた契約医療機関に委任します。 また、富里市が、人間ドック等の検査結果及び国保質問票又は後期質問票を取得し、保健事業に使用することについて、同意します。
申請者署名 _____

第3号様式（第7条関係）

富里市人間ドック等助成不承認書

第 年 月 号
年 月 日

様

富里市長



年 月 日付けで申請のあった富里市人間ドック等の助成について、下記理由により、不承認となりましたので、富里市人間ドック及び脳ドック助成金交付要綱第7条第2項の規定により通知します。

記

不承認理由

第4号様式（第9条関係）

年 月 日

富里市長 様

住 所

氏 名



富里市人間ドック等助成金交付請求書

富里市人間ドック及び脳ドック助成金交付要綱第9条第1項の規定により下記のとおり請求します。

記

1 請求金額

金 _____ 円

内訳 人間ドック助成 _____ 円
脳ドック助成 _____ 円

2 振込先金融機関

1. 金融機関 (ゆうちょ銀行を除く)	銀行 信用金庫 信用組合 農協			本店 支店 出張所 支所		
	金融機関コード	支店コード	預金種類	口座番号 (右づめ)		
			普通・当座・貯蓄			
2. ゆうちょ銀行	店番		預金種目	口座番号 (右づめ)		
			普通預金			
口座名義人		フリガナ				

3 添付書類

- 検査費用の領収書（原本）
（人間ドックと脳ドックを併用で受検した場合は、それぞれの金額明細が必要です。）
- 人間ドック等助成承認書
- 検査医療機関が発行する検査結果報告書の写し及び国保質問票（別記第5号様式）又は後期質問票（別記第5号の2様式）

氏名

該当する□に✓してください。

	質問項目	回答
1-3	現在、a から c までの薬の使用の有無	
1	a. 血圧を下げる薬	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2	b. 血糖を下げる薬又はインスリン注射	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3	c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
7	医師から、貧血といわれたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
8	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 （※「現在、たばこを習慣的に吸っている」とは、 条件1と条件2を両方満たすことをいいます。 条件1：最近1か月間吸っている 条件2：生涯で6か月以上吸っている又は合計 100本以上吸っている）	<input type="checkbox"/> はい（条件1と条件2を両方満たす） <input type="checkbox"/> 以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない（条件2のみ満たす） <input type="checkbox"/> いいえ（上記以外）
9	20歳の時の体重から10kg以上増加していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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年以上実施していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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ますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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ですか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
13	食事をかんで食べる時の状態は、どれに当てはまりますか。	<input type="checkbox"/> 何でもかんで食べることができる <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> ほとんどかめない
14	人と比較して食べる速度が速いですか。	<input type="checkbox"/> 速い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 遅い
15	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ほとんど摂取しない
17	朝食を抜くことが週に3回以上ありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

（裏面につづく）

(表面つづき)

該当する□に✓してください。

18	お酒（日本酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度はどのくらいですか。 （※「やめた」とは、過去に月1回以上の習慣的な飲酒歴があった者のうち、最近1年以上酒類を摂取していない者をいいます。）	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週5～6日 <input type="checkbox"/> 週3～4日 <input type="checkbox"/> 週1～2日 <input type="checkbox"/> 月に1～3日 <input type="checkbox"/> 月に1日未満 <input type="checkbox"/> やめた <input type="checkbox"/> 飲まない（飲めない）
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量はどのくらいですか。 日本酒1合（アルコール度数15度・180ml）の目安： ビール（同5度・500ml）、 焼酎（同25度・約110ml）、 ワイン（同14度・約180ml）、 ウイスキー（同43度・60ml）、 缶チューハイ（同5度・約500ml、同7度・約350ml）	<input type="checkbox"/> 1合未満 <input type="checkbox"/> 1～2合未満 <input type="checkbox"/> 2～3合未満 <input type="checkbox"/> 3～5合未満 <input type="checkbox"/> 5合以上
20	睡眠で休養が十分とれていますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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えますか。	<input type="checkbox"/> 改善するつもりはない <input type="checkbox"/> 改善するつもりである（おおむね6か月以内） <input type="checkbox"/> 近いうちに（おおむね1か月以内）改善するつもりであり、少しずつ始めている <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる（6か月未満） <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

第5号の2様式（第9条関係）

後期質問票

氏名 _____

	質問項目	回答
1	血圧を下げる薬を服用していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2	血糖を下げる薬の服用又はインスリン注射を行っていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3	コレステロールや中性脂肪を下げる薬を服用していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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、治療を受けたりしたことがありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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、治療を受けたりしたことがありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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）を受けたりしていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
7	医師から貧血といわれたことがありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
1	現在の健康状態はいかがですか	<input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> まあよい <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> あまりよくない <input type="checkbox"/> よくない
2	毎日の生活に満足していますか	<input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> やや満足 <input type="checkbox"/> やや不満 <input type="checkbox"/> 不満
3	1日3食きちんと食べていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
4	半年前に比べて固いもの（※）が食べにくくなりましたか ※さきいか たくあんなど	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
5	お茶や汁物等でむせることがありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
6	6カ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
8	この1年間に転んだことがありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
9	ウォーキング等の運動を週1回以上していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
10	周りの人から「いつも同じことを聞く」など物忘れがあると言われていませんか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
11	今日が何月何日かわからない時がありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
12	あなたはたばこを吸いますか	<input type="checkbox"/> 吸っている <input type="checkbox"/> 吸っていない <input type="checkbox"/> やめた
13	週に1回以上は外出していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

第6号様式（第10条関係）

富里市人間ドック等助成金請求書

年 月 日

富里市長 様

所在地

契約医療機関 名称

代表者氏名

印

富里市人間ドック及び脳ドック助成金交付要綱第10条の規定により、次のとおり請求します。（保険の種類 富里市国民健康保険分 千葉県後期高齢者医療制度分）

1 請求金額 金 _____ 円

※添付書類

- (1) 富里市人間ドック等助成金請求明細書
- (2) 富里市人間ドック等助成承認書
- (3) 検査結果報告書
- (4) 国保質問票又は後期質問票

2 振込先金融機関

金融機関名		コード							
支店名		コード							
預金種別	1 普通 2 当座 3 貯蓄	口座番号							
口座名義人									

- (注) 1 この請求書は保険の種類ごとに作成してください。
2 「保険の種類」欄の該当する□のどちらか一方に✓を記入してください。

別記

第1号様式（第6条関係）

富里市人間ドック等助成申請書

年 月 日

富里市長 様

住 所
氏 名
電 話

富里市人間ドック及び脳ドック助成金交付要綱第6条の規定により、下記のとおり申請します。

なお、富里市が、私の市税等の納付状況を確認すること、人間ドック等の検査結果及び国保質問票又は後期質問票を取得し、保健事業に使用することについて、同意します。

記

被 保 険 者 記 号 ・ 番 号	<input type="checkbox"/> 富里市国民健康保険 <input type="checkbox"/> 千葉県後期高齢者医療制度
生 年 月 日	年 月 日 (歳)
検 査 種 別	<input type="checkbox"/> 人間ドック <input type="checkbox"/> 脳ドック <input type="checkbox"/> 人間ドック・脳ドック
医 療 機 関	
検 査 (予 定) 日	年 月 日
特定健康診査等の受診（予定）の有無	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無

該当する□に✓を記入してください。

〈市役所記入欄〉

確 認 事 項			
申請日において被保険者であるか		可 ・ 否	
受検日において満40歳以上であるか		可 ・ 否	
申請日において市税等を滞納していない世帯であるか		可 ・ 否	
当年度は1回目の受検であるか		可 ・ 否	
千葉県後期高齢者医療制度の被保険者にあつては、富里市に住所を有し、又は富里市から住所地特例の適用を受けている者であるか		可 ・ 否	
人間ドック		脳ドック	
当年度の特定健康診査は未受検であるか	可 ・ 否	前年度・当年度の脳ドックは未受検であるか	可 ・ 否
判 定	<input type="checkbox"/> 承 認	<input type="checkbox"/> 不 承 認	
(不承認理由)			

富里市人間ドック等助成承認書

第 年 月 日 号

様

富里市長



年 月 日付けで申請のあった富里市人間ドック等の助成について、下記のとおり承認しましたので、富里市人間ドック及び脳ドック助成金交付要綱第7条第1項の規定により通知します。

記

被保険者記号・番号		<input type="checkbox"/> 富里市国民健康保険 <input type="checkbox"/> 千葉県後期高齢者医療制度
受 検 者	住 所	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
	受診券番号	
医 療 機 関	名 称	
	所在地	
検査（予定）日		
《備 考》 1. 検査は、年 月 日までに受けてください。 2. 受検時点において、富里市の被保険者でなくなった場合は、無効となります。 3. 当該年度において特定健康診査等を受診した場合は、人間ドックに係る助成は受けられません。 ※人間ドックと脳ドックを併用で受検した場合は、それぞれの検査料の金額明細が必要です。		

※契約医療機関で受検する場合は、代理受領承諾及び結果報告同意署名欄に署名し、契約医療機関へ提出してください。

代理受領承諾及び結果報告同意署名欄
私が受ける助成金の受領について、人間ドック等を受けた契約医療機関に委任します。 また、富里市が、人間ドック等の検査結果及び国保質問票又は後期質問票を取得し、保健事業に使用することについて、同意します。
申請者署名 _____

第3号様式（第7条関係）

富里市人間ドック等助成不承認書

第 年 月 号
年 月 日

様

富里市長



年 月 日付けで申請のあった富里市人間ドック等の助成について、下記理由により、不承認となりましたので、富里市人間ドック及び脳ドック助成金交付要綱第7条第2項の規定により通知します。

記

不承認理由

第4号様式（第9条関係）

年 月 日

富里市長 様

住 所

氏 名



富里市人間ドック等助成金交付請求書

富里市人間ドック及び脳ドック助成金交付要綱第9条第1項の規定により下記のとおり請求します。

記

1 請求金額

金 _____ 円

内訳 人間ドック助成 _____ 円
脳ドック助成 _____ 円

2 振込先金融機関

1. 金融機関 (ゆうちょ銀行を除く)	銀行 信用金庫 信用組合 農協			本店 支店 出張所 支所		
	金融機関コード	支店コード	預金種類	口座番号 (右づめ)		
			普通・当座・貯蓄			
2. ゆうちょ銀行	店番		預金種目	口座番号 (右づめ)		
			普通預金			
口座名義人		フリガナ				

3 添付書類

- 検査費用の領収書（原本）
（人間ドックと脳ドックを併用で受検した場合は、それぞれの金額明細が必要です。）
- 人間ドック等助成承認書
- 検査医療機関が発行する検査結果報告書の写し及び国保質問票（別記第5号様式）又は後期質問票（別記第5号の2様式）

氏名

該当する□に✓してください。

	質問項目	回答
1-3	現在、a から c までの薬の使用の有無	
1	a. 血圧を下げる薬	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2	b. 血糖を下げる薬又はインスリン注射	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3	c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
7	医師から、貧血といわれたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
8	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 （※「現在、たばこを習慣的に吸っている」とは、 条件1と条件2を両方満たすことをいいます。 条件1：最近1か月間吸っている 条件2：生涯で6か月以上吸っている又は合計 100本以上吸っている）	<input type="checkbox"/> はい（条件1と条件2を両方満たす） <input type="checkbox"/> 以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない（条件2のみ満たす） <input type="checkbox"/> いいえ（上記以外）
9	20歳の時の体重から10kg以上増加していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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年以上実施していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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ますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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ですか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
13	食事をかんで食べる時の状態は、どれに当てはまりますか。	<input type="checkbox"/> 何でもかんで食べることができる <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> ほとんどかめない
14	人と比較して食べる速度が速いですか。	<input type="checkbox"/> 速い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 遅い
15	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ほとんど摂取しない
17	朝食を抜くことが週に3回以上ありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

（裏面につづく）

(表面つづき)

該当する□に✓してください。

18	お酒（日本酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度はどのくらいですか。 （※「やめた」とは、過去に月1回以上の習慣的な飲酒歴があった者のうち、最近1年以上酒類を摂取していない者をいいます。）	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週5～6日 <input type="checkbox"/> 週3～4日 <input type="checkbox"/> 週1～2日 <input type="checkbox"/> 月に1～3日 <input type="checkbox"/> 月に1日未満 <input type="checkbox"/> やめた <input type="checkbox"/> 飲まない（飲めない）
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量はどのくらいですか。 日本酒1合（アルコール度数15度・180ml）の目安： ビール（同5度・500ml）、 焼酎（同25度・約110ml）、 ワイン（同14度・約180ml）、 ウイスキー（同43度・60ml）、 缶チューハイ（同5度・約500ml、同7度・約350ml）	<input type="checkbox"/> 1合未満 <input type="checkbox"/> 1～2合未満 <input type="checkbox"/> 2～3合未満 <input type="checkbox"/> 3～5合未満 <input type="checkbox"/> 5合以上
20	睡眠で休養が十分とれていますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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えますか。	<input type="checkbox"/> 改善するつもりはない <input type="checkbox"/> 改善するつもりである（おおむね6か月以内） <input type="checkbox"/> 近いうちに（おおむね1か月以内）改善するつもりであり、少しずつ始めている <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる（6か月未満） <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

第5号の2様式（第9条関係）

後期質問票

氏名 _____

	質問項目	回答
1	血圧を下げる薬を服用していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2	血糖を下げる薬の服用又はインスリン注射を行っていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3	コレステロールや中性脂肪を下げる薬を服用していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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、治療を受けたりしたことがありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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、治療を受けたりしたことがありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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）を受けたりしていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
7	医師から貧血といわれたことがありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
1	現在の健康状態はいかがですか	<input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> まあよい <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> あまりよくない <input type="checkbox"/> よくない
2	毎日の生活に満足していますか	<input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> やや満足 <input type="checkbox"/> やや不満 <input type="checkbox"/> 不満
3	1日3食きちんと食べていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
4	半年前に比べて固いもの（※）が食べにくくなりましたか ※さきいか たくあんなど	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
5	お茶や汁物等でむせることがありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
6	6カ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
8	この1年間に転んだことがありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
9	ウォーキング等の運動を週1回以上していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
10	周りの人から「いつも同じことを聞く」など物忘れがあると言われていませんか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
11	今日が何月何日かわからない時がありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
12	あなたはたばこを吸いますか	<input type="checkbox"/> 吸っている <input type="checkbox"/> 吸っていない <input type="checkbox"/> やめた
13	週に1回以上は外出していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

第6号様式（第10条関係）

富里市人間ドック等助成金請求書

年 月 日

富里市長 様

所在地

契約医療機関 名称

代表者氏名

印

富里市人間ドック及び脳ドック助成金交付要綱第10条の規定により、次のとおり請求します。（保険の種類 富里市国民健康保険分 千葉県後期高齢者医療制度分）

1 請求金額 金 _____ 円

※添付書類

- (1) 富里市人間ドック等助成金請求明細書
- (2) 富里市人間ドック等助成承認書
- (3) 検査結果報告書
- (4) 国保質問票又は後期質問票

2 振込先金融機関

金融機関名				コード				
支店名				コード				
預金種別	1 普通	2 当座	3 貯蓄	口座番号				
口座名義人								

- (注) 1 この請求書は保険の種類ごとに作成してください。
 2 「保険の種類」欄の該当する□のどちらか一方に✓を記入してください。

