

後 期 高 齢 者 医 療 人 間 ド ッ ク 費 用 助 成 申 請 書

| | | | | |
|-------------|---------|-------|-----|--|
| 受 診 者 | 被保険者番号 | | 氏 名 | |
| | 生 年 月 日 | 年 月 日 | | |
| | 電 話 番 号 | () | | |
| 検査医療機関 | | | | |
| 検査年月日 | 年 月 日 | 費用額 | 円 | |

該当するものに○をつけてください。該当するものがない場合は () 内に記載してください。網掛けの中は記載不要です。

| | | | | |
|--------------------|-----------------------------------|--------------|------------------|-------------------------|
| 振 込 先 | 銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 () | 本店・支店 () | 預 金 種 別 | 普 通 当 座 () |
| | | | | |
| 口座番号等 左詰記載して下さい | | | | |
| 口座名義人 (カタカナ) | | | | |

※口座名義人はカタカナで上段より左づめで記入してください。濁点・半濁点は1字として、姓と名の間は1字あけてください。
 ※ご利用できる金融機関は、銀行、信用金庫、信用組合、及び農業・漁業協同組合です。(ただし、ゆうちょ銀行のご利用の際、他金融機関からの振込用の、店名、預金種目、及び7ケタの口座番号を必ずご記入ください。)

上記のとおり申請します。 年 月 日

大阪府後期高齢者医療広域連合長 宛

申請者(被保険者又は相続人代表)

郵便番号 _____ 住 所 _____

氏 名 _____ 電話番号 () _____

※ 申請者以外の口座を登録される場合は、下記の委任状欄にご記入をお願いします。

| | |
|------------------|---|
| 委 任 状 欄 | 年 月 日 (口座名義人) 上記費用の受領に関する一切の権限を _____ に委任します。 委任者 住所 _____ (申請者) 氏名 _____ ※ 申請者が手書きしない場合は、記名押印してください。 |
|------------------|---|

人間ドック費用助成の支給要件を確認するため、領収証及び検査結果通知書等の写しを添付してください。検査結果通知書の写しの提出に応じられない場合は、提出先の窓口にお申し出ください。

人間ドック費用助成申請に関する個人情報については、個人情報の保護に関する法律に基づき、適正に管理します。また、高齢者の医療の確保に関する法律第125条の3に基づき、被保険者の健康増進のために、必要に応じて本申請情報をお住まいの市町村に提供します。なお、人間ドックの結果をもとに、広域連合やお住まいの市区町村から、健康情報の提供や保健事業のご案内をさせていただく場合があります。

「後期高齢者の質問票」の提出について（お願い）

大阪府後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合」という。）では、健康診査に代わるものとして、人間ドック費用助成事業を実施しています。後期高齢者医療健康診査では、加齢に伴う心身の衰え（フレイル）のチェックのため「後期高齢者の質問票」の回答をお願いしていますので、人間ドック費用助成を申請する方は、下記質問票も併せてご提出ください。なお、人間ドックの結果及び「後期高齢者の質問票」の結果をもとに、広域連合やお住まいの市区町村から、保健事業のご案内をする場合があります。

ご提出は任意ですが、ご協力をお願いいたします。

「後期高齢者の質問票」が検査結果通知書に添付されている場合は、この質問票は回答不要です。

被保険者番号： _____ 氏名： _____

こちらの欄に回答をご記入ください↓

| | | | |
|----|--|-------------------------------------|--|
| 1 | あなたの現在の健康状態はいかがですか | ①よい ②まあよい ③ふつう ④あまりよくない ⑤よくない | |
| 2 | 毎日の生活に満足していますか | ①満足 ②やや満足 ③やや不満 ④不満 | |
| 3 | 1日3食きちんと食べていますか | ①はい ②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 | ①はい ②いいえ | |
| 5 | お茶や汁物等でむせることがありますか | ①はい ②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 | ①はい ②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 | ①はい ②いいえ | |
| 8 | この1年間に転んだことがありますか | ①はい ②いいえ | |
| 9 | ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか | ①はい ②いいえ | |
| 10 | 周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあると 言われていますか | ①はい ②いいえ | |
| 11 | 今日が何月何日かわからない時がありますか | ①はい ②いいえ | |
| 12 | あなたはたばこを吸いますか | ①吸っている ②吸っていない ③やめた | |
| 13 | 週に1回以上は外出していますか | ①はい ②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 | ①はい ②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 | ①はい ②いいえ | |

この申請に関する個人情報については、個人情報の保護に関する法律に基づき、適正に管理します。また、高齢者の医療の確保に関する法律第125条の3に基づき、被保険者の健康増進のために、必要に応じて本申請情報をお住まいの市区町村に提供します。