

多摩市国民健康保険健康診査に係る健診結果届出書

受診者	記 号 番 号	—	適 用 開 始 日	年 月 日												
	氏 名		生 年 月 日	年 月 日												
保険医療機関名			受 診 日	年 月 日												
確 認 欄	<input type="checkbox"/> 健診結果を届け出る健康診査と同じ年度内に、多摩市が行う特定健康診査を受診しません。 （謝礼品受領後に同じ年度内に受診したことが判明した場合は、謝礼品又は謝礼品相当額を返還する必要があります。）															
	<input type="checkbox"/> 健診結果を届け出る健康診査と同じ年度内に受診した総合健康診査の診査料助成金の申請を行いません。 （同じ年度内に受診した総合健康診査の診査料助成金の交付を受ける場合は、謝礼品の贈呈を行いません。また、謝礼品受領後に助成金の交付を受けたことが判明した場合は、謝礼品又は謝礼品相当額を返還する必要があります。）															
	<input type="checkbox"/> 服薬・喫煙歴の確認															
<table><tr><td colspan="2">1 現在、次の薬の使用がありますか。</td></tr><tr><td>(1) 血圧を下げる薬</td><td>①はい ②いいえ</td></tr><tr><td>(2) 血糖を下げる薬又はインスリン注射</td><td>①はい ②いいえ</td></tr><tr><td>(3) コレステロール又は中性脂肪を下げる薬</td><td>①はい ②いいえ</td></tr><tr><td colspan="2">2 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、次の条件1と条件2を両方満たすことをいう。 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。</td></tr><tr><td colspan="2">①はい（条件1と条件2を両方満たす。） ②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。） ③いいえ（①②以外）</td></tr></table>					1 現在、次の薬の使用がありますか。		(1) 血圧を下げる薬	①はい ②いいえ	(2) 血糖を下げる薬又はインスリン注射	①はい ②いいえ	(3) コレステロール又は中性脂肪を下げる薬	①はい ②いいえ	2 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、次の条件1と条件2を両方満たすことをいう。 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。		①はい（条件1と条件2を両方満たす。） ②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。） ③いいえ（①②以外）	
1 現在、次の薬の使用がありますか。																
(1) 血圧を下げる薬	①はい ②いいえ															
(2) 血糖を下げる薬又はインスリン注射	①はい ②いいえ															
(3) コレステロール又は中性脂肪を下げる薬	①はい ②いいえ															
2 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、次の条件1と条件2を両方満たすことをいう。 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。																
①はい（条件1と条件2を両方満たす。） ②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。） ③いいえ（①②以外）																
<p>健康診査の結果について、多摩市国民健康保険健康診査に係る健診結果提供促進事業実施要綱第5条第1項の規定により、上記のとおり届け出ます。</p> <p>なお、この届出により提供した健康診査の結果を、多摩市が行う特定健康診査の結果に反映し、特定保健指導その他の保健事業に利用することについて同意します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>多摩市長 殿</p> <p style="text-align: right;">届出者（受診者本人）住所</p> <p style="text-align: right;">氏名</p> <p style="text-align: right;">電話番号</p>																

受付年月日		資格確認	納税確認	受付
年 月 日				
本人確認	1点	番号C・免・パ・障手・在留・他（ ）		
	2点	国保・介保・年手・住票・キャ・他（ ）		

資格	特定健診	人間ドック	健診項目	謝礼贈呈年月日
				年 月 日

受付印