

提供同意書

下記の3つに該当しますので、事業主健診等結果(特定健診項目とケアコン検査)を足利市国民健康保険に提供いたします。

該当するものに☑をしてください。

- 1 足利市国民健康保険に加入中
- 2 40～74歳 ※令和7年3月31日現在の年齢
(昭和25年4月1日～昭和60年3月31日生まれ)
(昭和24年4月2日～昭和25年3月31日生まれの方は健診日が75歳の誕生日前)
- 3 特定健康診査や足利市国保人間ドックを「受けていない」か、「受診予定がない」。

令和 年 月 日

氏名		生年月日
		昭和 年 月 日生
住所	〒 - 足利市	
電話番号	() -	

※太線の枠内は必ずご記入ください。

○ 提出するもの

- 健診結果のコピー(原本を送っていただいた場合でもお返しすることができません。)
医療機関名・医師氏名・総合判定等がわかるようにコピーをお願いします。
- 提供同意書(この用紙)
*健診結果に薬の内服や喫煙状況の記載がない場合は、下記の質問票にご回答ください。

○ 提出方法

同封の返信用により、保険年金課あてに郵送してください。

質問票

下記の質問にご回答ください。

No	質問事項	回答	
1	現在、血圧を下げる薬を使用していますか。	1はい	2いいえ
2	現在、インスリン注射又は血糖を下げる薬を使用していますか。	1はい	2いいえ
3	現在、コレステロール又は中性脂肪を改善する薬を使用していますか。	1はい	2いいえ
4	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 (※「現在、習慣的に吸っている者」とは、条件1と条件2を両方満たす者のこと。 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以前吸っていたが最近1か月は吸っていない (条件2のみ満たす)
		3いいえ	

保険年金課確認欄 受付()

被保険者番号 - 宛名CD 受診券番号241000