

④ 職場等の健診を受けるため、朝霞市の特定健康診査 または人間ドック検診を受けない方

先着順でクオカード
500円分を差し上げます!!
(年度1回限り)

朝霞市国民健康保険特定健康診査に係る健診情報提供事業実施要綱に基づき助成します

対象者

以下の①②両方を満たす方

- ①受診日時点で朝霞市国民健康保険に加入しており、令和7年3月31日までに40歳になる方～74歳(受診日時点)の方
- ②職場等で特定健康診査の項目を満たしている健診※を受けたため、朝霞市特定健康診査または人間ドック検診を受診されない方

※特定健康診査の検査項目については2ページをご覧ください。

受付期間

受診日から起算して1年以内

申請方法

以下の①～④を朝霞市役所保険年金課(1階⑰番窓口)へお持ちください

- ①申請者の本人確認書類(被保険者証等)
- ②健診(検査)結果
- ③「情報提供基礎データ記入用紙」(記入したもの)
- ④特定健康診査受診券(同封している緑色のA4サイズ用紙)

※健診(検査)結果に確認が必要な場合は、電話連絡をすることがあります。

※「③情報提供基礎データ記入用紙」は同ページ下の「情報提供基礎データ記入用紙」をご利用ください。

郵送で申請を希望される方は、申請方法に記載の①～④を同封し、

〒351-8501 朝霞市本町1-1-1 朝霞市役所保険年金課保健事業係宛 までお送りください。

※クオカードを本市から送付する際は、「特定記録」での郵送方法となります。

情報提供基礎データ記入用紙

※こちらに記入し、ご提出ください。併せて、健診(検査)結果もご提出ください。

氏 名	
生年月日	昭和 年 月 日
住 所	朝霞市
電話番号	
受診日	令和 年 月 日
該当するものに○をつけてください	1.職場健診(職場の名称:) 2.通院先での検査 3.その他の健診()

問診項目	
既往歴	なし・あり()
現病歴	なし・あり()
自覚症状	なし・あり()
服薬歴	血圧を下げる薬 ー なし・あり
	インスリン注射または血糖を下げる薬 ー なし・あり
	コレステロールを下げる薬 ー なし・あり
喫煙歴	吸う・以前は吸っていたが最近1か月は吸っていない

健診結果	
身長	cm
体重	kg
腹囲	cm
血圧	mmHg
受診医療機関	
医師名	