

質問票

下記2つすべてに該当している方が対象となります。

1. 該当年度の4月1日以降継続して春日部市国民健康保険にご加入で、同年度内40～74歳に達する方
2. 職場などの健診を受けるため、春日部市の特定健康診査を受けない方

太枠内を記入してください。

記入日	令和 年 月 日	被保険者証 記号・番号	6 1 4 ・	
フリガナ			生年月日	年 月 日
氏 名				
住 所	春日部市		電話番号	
既往歴	なし / あり（詳細）			
自覚症状	なし / あり（詳細）			
服薬状況	高血圧の薬		飲んでいる / 飲んでいない	
	インスリン注射または血糖を下げる薬		飲んでいる / 飲んでいない	
	コレステロールや中性脂肪の薬		飲んでいる / 飲んでいない	
たばこ	吸っている / 吸っていない / 以前は吸っていたが、最近１か月間は吸っていない			

注意事項

- ・健診結果の確認が必要な場合は、ご連絡させていただく場合があります。
- ・健診結果に応じて、特定保健指導の対象となった場合は、国民健康保険課から通知することがあります。
- ・健診結果は、生活習慣病などの疾病予防事業および特定健診・特定保健指導に用いられ、皆さんの健康管理に役立てることを目的としており、その他の目的のために使用することはありません。