　提供同意書

（様式１－１）

下記の３つに該当しますので、事業主健診等結果（特定健診項目と血清クレアチニン、eGFR）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（令和5年4月1日から現在まで）

**□**２　４０～７４歳　　※令和6年3月31日現在の年齢

（昭和24年4月1日～昭和59年3月31日生まれ）

（昭和23年4月2日～昭和24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」**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | 生年月日 |
| 昭和　　年　　月　　日生 |
| 住　　所 | 〒　　　　－  足利市 | |
| 電話番号 | （　　　　　　）　　　　－ | |

令和　　年　　月　　日

※太線の枠内は必ずご記入ください。

○　提出するもの

　１　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。

　２　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。 | １はい | ２いいえ |

保険年金課確認欄　　受付（　　　　）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 身長 | 体重 | BMI | 腹囲 | 血圧 | 尿検査（糖） | 尿検査（蛋白） |
|  |  |  |  |  |  |  |
| AST(GOT） | ALT(GPT） | γ-GT(γ-GT P） | 中性脂肪 | HDL | LDL | 血糖またはHbA1c |
|  |  |  |  |  |  |  |

被保番号　　　－　　　　宛名CD　　　　　　　　　受診券番号２３１０００