

応募用紙

受付日	受付番号	受付者	国保 取得・ 喪失

フリガナ		生年月日	年 月 日	年齢	満 歳
氏名		電話番号			
住所	〒				

健診受診時のあなた		飲酒の状況	
身長	cm	<input type="checkbox"/> 毎日	
体重	kg	<input type="checkbox"/> 時々 (回/週)	
		<input type="checkbox"/> ほとんど飲まない	

あなたの1日の飲酒量			
<input type="checkbox"/> ビール	350ml	缶	<input type="checkbox"/> ワイン
	500ml	缶	<input type="checkbox"/> 酎ハイ
<input type="checkbox"/> 泡盛		合	<input type="checkbox"/> ハイボール
<input type="checkbox"/> 日本酒		合	<input type="checkbox"/> その他

目標：健康のために、これからやろうと思っていることなど
【例】毎日のウォーキングで、来年3月までに2kg減量する。

★★★ 健康ポイント ★★★

健康診断等			
健診名	受診日等	場所	付与P
<input type="checkbox"/> 特定健診			30P
<input type="checkbox"/> 基本健診			30P
小計①			P

※特定健診：40歳以上、74歳以下の国保加入者

※基本健診：16歳以上、39歳以下の国保加入者

ただし、学生を除く

予防検診			
健診名	受診日等	場所	付与P
<input type="checkbox"/> 歯科受診			10P
<input type="checkbox"/> 大腸がん検診			10P
<input type="checkbox"/> 肺がん検診			10P
<input type="checkbox"/> 前立腺がん検診			10P
<input type="checkbox"/> 胃がん検診			10P
<input type="checkbox"/> 乳がん検診			5P
<input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診			5P
小計②			P

健康づくりに関する講座やイベントへの参加			
健診名	参加日等	場所	付与P
<input type="checkbox"/> 保健指導		市健康福祉センター	10P
<input type="checkbox"/> 健康教室等		市健康福祉センター	5P
<input type="checkbox"/> マラソン大会			5P
<input type="checkbox"/> 自由記載			5P
<input type="checkbox"/> 自由記載			5P
<input type="checkbox"/> 自由記載			5P
小計③			P

特典応募時のあなた		飲酒の状況	
身長	cm	<input type="checkbox"/> 毎日	
体重	kg	<input type="checkbox"/> 時々 (回/週)	
		<input type="checkbox"/> ほとんど飲まない	

あなたの1日の飲酒量			
<input type="checkbox"/> ビール	350ml	缶	<input type="checkbox"/> ワイン
	500ml	缶	<input type="checkbox"/> 酎ハイ
<input type="checkbox"/> 泡盛		合	<input type="checkbox"/> ハイボール
<input type="checkbox"/> 日本酒		合	<input type="checkbox"/> その他

成果：あなたの生活習慣の変化や目標の達成度など
【例】週2日のウォーキングと間食を控えることで、1kg減量できた。

健康づくりのために取組み習慣化したこと	
取組内容	付与P
<input type="checkbox"/> 飲酒をしない日が週2日ある	5P
<input type="checkbox"/> 非喫煙者又は禁煙した	5P
<input type="checkbox"/> 食事は、腹八分を心がけている	5P
<input type="checkbox"/> 30分以上の運動を週2日以上行っている	5P
<input type="checkbox"/> 毎日、8,000歩以上歩いている	5P
<input type="checkbox"/> 毎日、体重を量っている	5P
<input type="checkbox"/> 毎日、血圧を計っている	5P
小計④	P

獲得ポイント合計(小計①+小計②+小計③+小計④) P

★合計50ポイント以上で希望する特典をひとつだけ選んで を付けてください。(記入もれがあると、抽選の対象外となります。)

抽選 10名様

抽選 60名様

抽選 20名様

石垣市の記入欄ですので、記入しないでください。

特定健診受診歴				確認欄
令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	
<input type="checkbox"/> 未受診	<input type="checkbox"/> 未受診	<input type="checkbox"/> 未受診	<input type="checkbox"/> 受診済	<input type="checkbox"/> はじめて受診者 <input type="checkbox"/> 継続受診者
<input type="checkbox"/> 受診済	<input type="checkbox"/> 受診済	<input type="checkbox"/> 受診済	<input type="checkbox"/> 受診済	

40歳以上、74歳以下の方に
Wチャンス!

「はじめて受診者」又は「継続受診者」と認める者には、別途抽選により、さらに特典を贈呈します!

抽選 100名様