

令和元年度 健康ポイントカード

ふりがな					生年月日	明・大	年	月	日	年	年齢
氏名						昭・平					
住所	〒 阿波市				電話番号 (自宅・携帯)	- -					

①(検診部門)登録No.1~18のうち必ず1つ以上の受診が必要です。(検診を受けた番号と受診日をご記入ください。)

登録No.	登録No.	登録No.	登録No.	登録No.
受診日	受診日	受診日	受診日	受診日
月 日	月 日	月 日	月 日	月 日

②(健康部門)登録No.19~60のいずれかの事業に参加した番号と参加日をご記入ください。

登録No.	登録No.	登録No.	登録No.	登録No.
参加日	参加日	参加日	参加日	参加日
月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
月 日	月 日	月 日	月 日	月 日

(①・②は記入内容に不備があると無効になります。)

③(その他)登録No.61は健康づくりに取り組む目標(2つ以上でも対象)と感想などをご記入ください。

100日達成しないと20ポイントになりません。(目標を1日取り組めば下の「あわみちゃん」に1つ色を塗ってください。)

自分の目標
取り組んだ感想・意見・成果など



①(検診部門) ポイント
必須

+

②(健康部門) ポイント

+

③(その他) ポイント

||

合計 ポイント

(30ポイントで応募できます。)

健康ポイント事業についてのお問い合わせ

阿波市国保医療課 ☎(0883)36-8712

(各事業の詳細については担当各課へお問い合わせください。)