

令和2年度 健康ポイントカード

ふりがな		生年月日	明・大 昭・平	年	月	日	年齢
氏名							
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	月 日	受診日	月 日	受診日	月 日	受診日	月 日	受診日	月 日

②(健康部門) 登録No.19~64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	月 日	参加日	月 日	参加日	月 日	参加日	月 日	参加日	月 日
登録No.		登録No.		登録No.		登録No.		登録No.	
参加日	月 日	参加日	月 日	参加日	月 日	参加日	月 日	参加日	月 日

③(その他) 登録No.65は健康づくりに取り組む目標(2つ以上でも対象)と成果などを必ずご記入ください。
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
取り組んだ後の成果・感想など

(①・②・③の記入内容に不備があると無効になります。)



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。)