

# アンケートにお答えください。

- ① あなたの加入している健康保険は何ですか？  
 1. 国民健康保険 2. 社会保険（本人） 3. 社会保険（扶養） 4. 後期高齢者医療  
 5. その他（ ）
- ② 健康マイレージ事業を何で知りましたか？  
 1. 広報かぬま 2. 健康ガイドブック 3. ホームページ 4. 市が実施する健診や教室  
 5. 病院 6. 友人・知人 7. その他（ ）
- ③ 健康診断の受診について  
 1. 定期的に受診している 2. マイレージを機に受診した
- ④ がん検診・その他検診について  
 1. 定期的に受診している 2. マイレージを機に受診した 3. 受診していない
- ⑤ 生活習慣に変化はありましたか？  
 食事（1. 変化あり 2. 変化なし）どう変わりましたか（ ）  
 運動（1. 変化あり 2. 変化なし）どう変わりましたか（ ）  
 歯（1. 変化あり 2. 変化なし）どう変わりましたか（ ）  
 その他（1. 変化あり 2. 変化なし）どう変わりましたか（ ）
- ⑥ 健康マイレージ事業に参加してみてどうでしたか？（複数可）  
 1. 楽しく参加できた 2. 継続するのが大変だった 3. 体調がよくなった  
 4. 来年も参加する 5. 来年は参加しない  
 6. その他（ ）

フリガナ 氏名		生年月日	年	月	日
住所	〒	—	性別	男・女	
電話番号	自宅（	）	—	携帯（	—
商品券の希望 （どちらかに○）	鹿沼市共通商品券 ・ 栗野商品券			※記入がない場合は住所地に基づき送付いたします。	
当選した場合の 受け取り窓口 （希望に○）	健康課・コミセン（板荷・西大芦・加蘇・北犬飼・南摩・南押原・東大芦） 菊沢・北押原・東部台・栗野・粕尾・永野・清洲 ※コミュニティセンターを希望する場合、地区を○で囲んでください。 ※コミュニティセンターを希望した場合でも、受け取り窓口の集中を避けるため、健康課窓口になる場合があります。				

※当選者には3月末（予定）に引換はがきを送付します。

**※応募締切 令和4年3月4日(金)まで（郵送の場合 当日消印有効）**