

奈良県国民健康保険団体連合会
事業課 保健事業係 行

健康機器等の借受け申込書

市町村名	
担当者名	
連絡先電話番号	

標記のことについて下記のとおり申込みします。

記

事業名称																	
開催予定日	平成		年		月		日	()	～	平成		年		月		日	()
健康機器借受け期間	平成		年		月		日	()	～	平成		年		月		日	()
開催場所																	
実施主体(担当課)											参加予定人数		人				
内容																	

借受け希望	機器名	保険者負担金(1回貸出につき)
	① 超音波骨量測定器(ビーナスⅢ足首測定タイプ)	10,000円 (消耗品費込、消費税別途)
	② 超音波骨量測定器(骨ウエーブ手首測定タイプ)	
	③ 体組成計(BC-118)	
	④ 加速度脈波測定器(メタボリ先生)	
	⑤ 足指力計測器(チェッカーくん)	1,000円(消耗品費込、消費税別途)
負担予定金額	① 超音波骨量測定器(ビーナスⅢ足首測定タイプ)	円
	② 超音波骨量測定器(骨ウエーブ手首測定タイプ)	円
	③ 体組成計(BC-118)	円
	④ 加速度脈波測定器(メタボリ先生)	円
	⑤ 足指力計測器(チェッカーくん)	円
	負担予定金額	円
備考		