

# 申請書記入例

申請書はボールペンで記入してください。

(フリクションボールペンなど摩擦で消えるペン・シャープペンシル・えんぴつは不可)  
パソコンで読み込みますので、楷書でハッキリと記入してください。

裏面の注意事項を確認してチェック

## 品川区国民健康保険・後期高齢者医療制度人間ドック受診助成金交付申請書

品川区長あて

<input checked="" type="checkbox"/> 裏面の注意事項に同意の上、申請いたします。 ↑注意事項を確認し、チェック☑を入れてください。		申請日	令和8年6月1日	
		受診日	令和8年4月8日	
フリガナ	シナガワ タロウ	被保険者 記号・番号		
氏名	品川 太郎	記号	番号	枝番
		0 9 - 1 2 - 1 2 3 4 0 1		
電話番号	03 - 3777 - 1111			
住所 (受診時点)	品川区 広町2丁目1番36号 品川マンション101号室			
現住所が異なる場合				
生年月日	昭和60年2月1日	受診時年齢	40歳 ※受診日の属する年度末時点で40歳以上である必要あり	
受診医療機関名	品川国保病院	医師の氏名	国保 花子	
助成申請額	千 8 百 0 十 0 円	※金額の上限は8,000円 (医療機関等で支払った受診費用の額が8,000円に満たないときは、その支払い額)		

品川区国民健康保険の方は  
上段へ記入  
(記号09の後の2桁・番号  
4桁・枝番2桁)

後期高齢者医療制度の方は  
下段へ記入  
(被保険者番号8桁)

受診日時点と現住所が異なる  
場合はこちらへ記入

総合判定または総合所見を記  
載した医師の氏名を記入  
(明記されていない場合は医  
療機関の代表者名でも可)

振込先金融機関

金融機関名	みずほ	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 信用組合	店名	品川	<input type="checkbox"/> 本店 <input checked="" type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所
金融機関コード	0 0 0 1	※不明な場合は空欄		店番号	1 9 5
預金種目	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> その他 ( )	口座番号 (右詰め)	0 1 2 3 4 5 6		
口座名義人 (カタカナ)	シナガワ タロウ				
※氏と名の間は1マス空けてください。濁点(・)・半濁点(゜)は1文字として記入してください。					
受診者本人と口座名義が異なる場合はチェック☑を入れてください。 <input type="checkbox"/> 上記口座に助成金を振り込むことに同意します。					

不明な場合は空欄

7桁未満の場合は先頭に  
「0」を記入

氏と名の間は1マス空ける

濁点(・)・半濁点(゜)は  
1マスに記入

受診者本人の口座以外に振り  
込む場合はチェック

「品川区国民健康保険」にご加入の方は、以下の質問項目にご回答ください。(該当する項目にチェック☑)

(1) 既往歴について、該当するものはありますか？

特になし  高血圧  糖尿病  脂質異常  脳卒中  心臓病  貧血  
 肝臓病  腎臓病  骨粗しょう症  その他 ( )

(2) 自覚症状について、該当するものはありますか？

特になし  動悸  息切れ  めまい  頭痛  疲れやすい  腰痛  
 膝痛  口渇  むくみ  その他 ( )

(3) 現在服用している薬について、該当するものはありますか？

特になし  血圧を下げる薬  血糖を下げる薬(インスリン注射を含む)  コレステロールを下げる薬

(4) 現在、「たばこ」を習慣的に吸っていますか？

【条件1】最近1カ月間吸っている。 【条件2】生涯で6カ月間以上吸っている。または合計100本以上吸っている。  
 はい(条件1と条件2を両方満たす)  以前は吸っていたが、最近1カ月間は吸っていない(条件2のみ満たす)  いいえ

(5) 生活習慣の改善について、これまでに保健指導を受けたことがありますか？

はい  いいえ ※「保健指導」については裏面に説明があります。

品川区国民健康保険の方のみ  
回答