

# 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)

## 裏面の注意事項を確認しチェック

### 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		申請日	令和5年6月1日															
<input checked="" type="checkbox"/> 裏面の注意事項に同意の上、申請いたします。		受診日	令和5年4月8日															
フリガナ	シナガワ	タロウ	被保険者証 記号・番号															
氏名	品川	太郎	国保	記号	番号	枝番												
			0	9	-	1	2	-	1	2	3	4	0	1				
電話番号	03-3777-1111					後期												
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58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歳以上である必要があります										
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	百	十	一	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)												

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	支店名	品川		口本店	<input checked="" type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所							
金融機関コード	0001		支店コード	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)	0123456											
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。														

「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、該当するものがありますか？

- 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、該当するものがありますか？

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

(3) 現在服用している薬について、該当するものがありますか？

- 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？ ※「現在習慣的に喫煙している者」とは、「これまでの本数合計が100本以上又は6か月以上吸っている者」です。

- はい いいえ

(5) 健診結果から国保保健指導の対象になった場合、指導を希望しますか？

- はい いいえ ※「国保保健指導」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は  
上段へ記入  
(被保険者証上部の記号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  
(被保険者証上部の被保険者  
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病  
院・クリニック等の代表者名  
でも可)

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を入れて  
ください。

品川区国民健康保険の方のみ  
回答