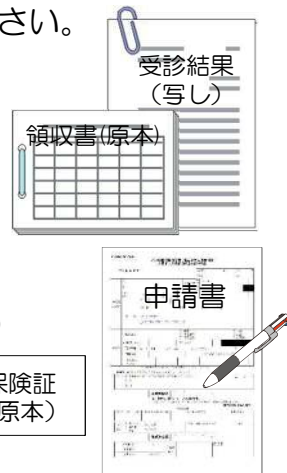


- 申請方法：いずれかの方法で申請してください。

窓口での申請

区役所窓口へ以下のものを持参してください。

- ・ 保険証
- ・ 預金通帳等（振込先のわかるもの）
- ・ 受診結果の写し
（必要な項目は別紙「事業のご案内」をご覧ください。）
- ・ 領収書の原本



その場で交付申請書に記入して申請完了です。

郵送による申請

封筒に以下のものを入れ、重さに応じた金額の切手を貼って表紙の「問い合わせ・申請先」へ郵送してください。

- ・ 記入済みの助成金交付申請書
 - ・ 窓口配布の場合
表面と裏面の両面
 - ・ ホームページから印刷した場合
表面と裏面の両面または
表面と裏面各1枚
- ・ 保険証の写し
- ・ 受診結果の写し
（必要な項目は別紙「事業のご案内」をご覧ください。）
- ・ 領収書の写し



【ご注意】

- ※ 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ボールペン・シャープペンシル・えんぴつは不可）
- ※ 郵送料はお客様負担です。また、郵送事故等による書類等の紛失については責任を負いかねます。予めご了承のうえ、郵送申請を行ってください。

令和3年度（2021年度） 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方法のご案内

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とは…
40歳以上の品川区国民健康保険、または後期高齢者医療制度に加入している方へ、人間ドック受診にかかる費用を上限8,000円まで助成するものです。
助成条件など詳細は別紙「人間ドック受診助成事業のご案内」をご覧ください。



問い合わせ・申請先

健康推進部国保医療年金課保険事業係
人間ドック受診助成担当
☎ 03-5742-6675（直通）
〒140-8715 品川区広町2-1-36（本庁舎4階）
交通/JR京浜東北線・りんかい線大井町駅徒歩8分、
東急大井町線下神明駅徒歩5分

● 申請書の記入例

第1号様式（第4条関係）

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3年		6月		1日	
受診日		令和3年		4月		8日	
氏名	シナガワ タロウ	品川 太郎	性別	0	年齢	9	生年
生年月日	昭和40年	10月	1日	年齢	55	電話番号	03-3777-1111
住所	〒140-8715 品川区 広町 2丁目 1番 36号 品川マンション101号室						
金融機関	みずほ		<input checked="" type="checkbox"/> 銀行	品川		<input type="checkbox"/> 本店	<input type="checkbox"/> 出張所
金融機関コード	0001		<input type="checkbox"/> 信用金庫	支店コード		195	
預金種目	<input checked="" type="checkbox"/> 1 普通		<input type="checkbox"/> 2 当座	<input type="checkbox"/> 3 その他 ()			
口座番号	1 2 3 4 5 6 7 ←右詰めで記入してください。						
口座名義人 (カタカナ)	シナガワ タロウ						

※口座名義人欄については、氏と名の間は1マス空けてください。

委任状 (申請者と口座名義人が異なる場合のみ記入してください。)

私は、上記口座名義人に人間ドック受診助成金の受取を委任いたします。 年 月 日

住所 氏名

助成申請額 8,000円

※ 金額の上限は、8,000円です。

(受診にかかった金額が8,000円に満たない場合は、実際の受診相当額まで)

裏面に続きがあります。

身長体重	視力	血圧	血液検査	尿検査	医師の所見	受診医療機関名	医師の氏名
申請区分	1 来庁窓口 2 来庁HP 3 郵送	受付番号	宛名番号	重複	資格	領収書	受診結果
助成決定額							円
決定年月日	年 月 日	不交付理由	点検者印				
決定番号		1 交付 2 不交付					
決定区分							

- 「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○印を付けてください)

- 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 ()
- 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 ()
- 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・コレステロールを下げる薬
(インスリン注射を含む)
- 現在、「たばこ」を習慣的に吸っていますか？
はい・いいえ 「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」であり、「最近1か月間も吸っている者」をいいます。
- 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」とは、メタボリックシンドロームのリスクがある方を対象に、専門職が生活習慣改善のアドバイスを行います。無料で、半年間の指導を受けられます。ただし、人間ドックを受診した年度の12月までに申請された方のみ利用ができます。

- 今後の流れ

- 申請された内容等について、審査します。
- 審査の結果、助成が決定したら、助成金を申請された振込先口座へ振込みます。
(振込みは、申請された月の翌月の中旬～下旬頃となります。)

- ご注意

- 人間ドックの助成は、受診日の属する年度において1回までとなります。
- 同年度中は、人間ドック受診助成か国保基本健診・後期高齢者健康診査のいずれかの利用としてください。両方ご利用いただいた場合は、人間ドック受診助成金は返納していただく場合がありますので、ご注意ください。
- 保険料の未納があると助成できません。
- 助成金の申請の際、人間ドックの検査結果を提出することに同意していただく必要があります。
- 交付決定された方の受診結果等は、国保基本健診・後期高齢者健康診査と同様に取り扱います。受診結果の内容と交付申請書の質問項目は、品川区の健診結果として登録し、健康増進、疾病予防等の目的に利用されます。登録したデータは、決済代行機関で点検されることがある他、国への実施結果報告として匿名化された部分的に提出しますので、ご了承ください。

〒140-8715 品川区広町2-1-36
品川区健康推進部国保医療年金課保険事業係
☎ 03-3777-1111 内線3451~4
☎ 03-5742-6675 (直通)

国民健康保険の方は、必ず裏面の問診票のご記入もお願いします。

	項目	記入の手引き
①	申請日	区役所へ持参または郵送する年月日を記入してください。
②	氏名	人間ドックを受診した方の氏名を記入してください。
③	被保険者証 記号・番号	<国民健康保険の方> 保険証の上から3行目に記されている「09」から始まる 記号（2桁）と、その隣の番号（4桁）を記入してください。
		<後期高齢者医療制度の方> 保険証に記されている被保険者番号（8桁）を記入してください。
④	生年月日 電話	生年月日を記入してください。 日中連絡が取れる電話番号を記入してください。
⑤	住所	健診実施日時点の住所を記入してください。 現住所が異なる場合は、下の住所欄に記入してください。）
⑥	振込先 金融機関	通帳などに記載されている銀行名・支店名を記入してください。 <ゆうちょ銀行の場合> 支店名・口座番号が特殊ですのでご注意ください。 通帳の表紙を開いて2ページ目の下部に、他の金融機関からの振込の 受取口座として利用する際の支店名・口座番号等が記載されています。 記載例：【支店】00八（ゼロゼロハチ）【店番】008 【預金種目】普通預金 【口座番号】1234567
⑦	預金種目 口座番号 口座名義	該当する預金種目に○をしてください。 ※預金種目が「貯蓄預金」の場合は「3 その他」を選択し、括弧内に 「貯蓄」とご記入ください。 口座番号を右詰めで記入してください。（6桁の場合は、先頭に「0」を ご記入ください。例：0123456） 振込先口座の名義人名を記入してください。
⑧	委任状	この欄は、申請者以外の名義の口座に助成金を振り込んでほしい場合に、 名義人に受取を委任するため、記入するものです。 申請者（②の欄）と口座名義（⑦の欄）の名前が異なる 場合は必ず記入してください。 （申請者と同じ名義の口座を利用される場合は記入不要です。）
⑨	助成申請額	金額の上限は8,000円です。受診額が8,000円に満たない場合は、実際の 受診相当額までの金額をご記入ください。
⑩	問診票 （裏面）	国民健康保険の方は、こちらの間診票に必ず回答してください。 後期高齢者医療制度の方は回答不要です。