

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 | 年 | 月 | 日 | |
| <input type="checkbox"/> 裏面の注意事項に同意の上、申請いたします。 | | | | 受診日 | 年 | 月 | 日 | |
| フリガナ | | | | 被保険者証 記号・番号 | | | | |
| 氏名 | 氏 | 名 | 名 | 記号 | | 番号 | | 枝番 |
| | | | | 0 | 9 | - | | - |
| 電話番号 | - | | | 後期 | | | | |
| 住所 (受診時点) | 品川区 | | | | | | | |
| 現住所が異なる場合 | | | | | | | | |
| 生年月日 | 年 | 月 | 日 | 受診時年齢 | 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 | | | | 医師の氏名 | | | | |
| 助成申請額 | 千 | 百 | 十 | 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 | <input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 信用組合 | | 支店名 | <input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 | | |
| 金融機関コード | ※不明な場合は空欄 | | 支店コード | ※不明な場合は空欄 | | |
| 預金種目 | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> その他 () | | 口座番号 (右詰め) | | | |
| 口座名義人 (カタカナ) | ※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。

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。

| | | | | | | | | | | |
|------------------|-----|--|-------------------|-----|--|--|--|-------|--------|------|
| 区 使 用 欄 | 収受日 | 申請区分 | チェック | 受付者 | 決定区分 | 助成決定金額 | | 不交付理由 | 2次チェック | 管理番号 |
| | / | <input type="checkbox"/> 1:来庁 <input type="checkbox"/> 4:電子 <input type="checkbox"/> 3:郵送 | 資格 領収書 重複 受診結果 | | <input type="checkbox"/> 1:交付 <input type="checkbox"/> 2:不交付 | <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0 円 | | | | |

注意事項

下記注意事項をご確認の上、申請してください。

- (1) 人間ドックの助成は、受診日の属する年度において1回までです。
- (2) 同年度中（4月から翌年3月までの1年間）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なります。両方利用した場合、助成金を返納していただく場合があります。
- (3) 保険料の未納があると助成できません。
- (4) 人間ドックの検査結果の写しを品川区へ提出することに同意していただきます。
- (5) 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に代わるものとして取り扱います。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。
- (6) 品川区に登録された受診結果等のデータは、決済代行機関で点検されることがあるほか、国への実施結果報告として匿名化され部分的に提出します。
- (7) マイナンバーカードを健康保険証として利用できるように申込みをした方については、令和2年度以降の受診結果（国保基本健診・後期高齢者健康診査に関わる健診項目）について、ご自身のマイナポータルから閲覧することができます。（申請後3～4か月で閲覧可能）

保健指導について

➤ 保健指導とは

生活習慣病になるリスクが高い方に対して、専門職（保健師・管理栄養士など）と一緒に食事・運動などの生活習慣を見直し、検査数値の改善を目指すプログラムです。（無料）
品川区では、国保保健指導として実施しています。

➤ 対象者（下記3つの条件を満たす方）※人間ドック受診者の場合

- (1) 国保保健指導利用時に、品川区国民健康保険に加入されている方
- (2) 人間ドックを受診した年度の12月までに、人間ドック受診助成金交付申請をされた方
- (3) 検査結果が、以下の基準に当てはまる方（原則、服薬中の方は対象から除外）

| | | | | |
|---|---|-----|--------------------|-------------------------|
| 腹 囲 男性85cm以上 女性90cm以上 または BMI25以上 | + | 血 糖 | 空腹時血糖 HbA1c | 100mg/dl以上 5.6%以上 |
| | | 脂 質 | 中性脂肪 HDLコレステロール | 150mg/dl以上 40mg/dl未満 |
| | | 血 圧 | 収縮期血圧 拡張期血圧 | 130mmHg以上 85mmHg以上 |
| | | | | 1つ以上 該当 |

➤ 国保保健指導の流れ

- (1) 対象となった方には、別途ご案内を郵送します。
- (2) フリーダイヤル・封書などで申し込んでいただきます（会場・日程を選択可能です）。
- (3) 専門職との面談を実施し、3～6か月間健康づくりを実施します。