

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

☒ 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7年6月1日

受診日 令和7年4月8日

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)

フリガナ	シナガワ	タロウ	被保険者 記号・番号	
氏 名	氏 品川	名 太郎	記号	番号 枝番
電話番号	03 - 3777 - 1111	後期	0 9 - 1 2 - 1 2 3 4 0 1	
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)		

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	☒ 銀行 ☐ 信用金庫 ☐ 信用組合	店 名	品川	☐ 本店 ☒ 支店 ☐ 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	※不明な場合は空欄
預金種目	☒ 普通 ☐ 当座 ☐ 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				

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。

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