

申請書記入例

- ・申請書はボールペンで記入してください。(摩擦で消えるペン・えんぴつ・シャープペンシルは使用しないでください)
- ・記載内容を訂正する場合、修正液等は使用せず、二重線を引いてください。

日中連絡の取れる電話番号を必ず記載してください。
(記載内容に不備があった場合にご連絡をする場合があります)

助成金額を記載します。
・人間ドックの費用が8,000円以上の場合
→ 8,000円と記載
・人間ドックの費用が8,000円未満の場合
→ 領収書の金額を記載

振込先の口座情報を記入してください。
(口座は受診者本人の口座に限ります)

ゆうちょ銀行の場合、通帳の2ページ目下部に、店名・店番・預金種目・口座番号の記載があります。

内容を確認の上、該当するものにチェックを入れてください。
ひとつでもチェックが漏れている場合は助成対象外となります。

区使用欄のため、記入しないでください。

別記第1号様式 (第5条関係)

記入日 (西暦) **2026年 4月 30日**

江東区長 殿

江東区国民健康保険人間ドック受診費助成金交付申請書兼口座振替依頼書

江東区国民健康保険人間ドック受診費助成金の交付を受けるため、関係書類を添えて申請します。交付決定後は、助成金を以下の指定口座に振り込み願います。

フリガナ	コウトウ タロウ			江東区国民健康保険 記号番号								
氏名	江東 太郎			記号	08-	0	0					
				番号	0	0	0					
住所	〒135-0016 江東区 東陽4-11-28-101			電話番号	03-3647-9111							
生年月日 (西暦)	1	9	8	2	年	5	月	3	日	受診時年齢	43	歳
受診日 (西暦)	2	0	2	6	年	4	月	1	日	※ 領収書発行日及び領収日ではなく、人間ドック受診日をご記入ください。		
受診医療機関	江東区医療クリニック											
助成金額	8	0	0	0	円	※ 助成金額の上限は、8,000円です。受診に要した費用が8,000円に満たない場合は、実費相当額をご記入ください。						
金融機関	江東			銀行			東陽町			本店		
				信用金庫						支店		
				信用組合						出張所		
金融機関コード	9	9	9	9	支店コード	9	9	9				
預金種目	① 普通 2 当座 3 その他 ()											
口座番号	1	2	3	4	5	6	7	※右詰めで記入				
口座名義 (カナ)	コウトウ タロウ						※受診者本人名義の口座					

下記の助成要件をご確認いただき、該当するものにチェック☑を入れてください。
1つでも当てはまらない要件がある場合は、助成対象になりません。

- 人間ドック受診日時点で、江東区国民健康保険に加入しています。
- 人間ドック受診日の属する年度において、年度末年齢40歳以上かつ人間ドック受診日時点で74歳以下です。
- 人間ドックを受診した年度に、江東区の実施する健康診査(特定健康診査)は受診していません(申請後も受診しません)。助成金受領後に江東区の実施する健康診査(特定健康診査)を受診していたことが発覚した場合は、速やかに助成金を返還します。
- 申請日までに、納期の到来している江東区国民健康保険料を完納しています。
- 指定する検査項目の結果(受診者氏名、受診日及び医療機関名の記載があるもの)を提出しました。
- 提供した人間ドックの受診結果等を、江東区が委託した業者の実施する各種保健指導に使用することについて同意します。併せて、特定保健指導の対象となった場合、指導を受けることに同意します。

区 使 用 欄	申請書受領日	受診年度	確認事項	保健指導レベル
	20 年 月 日	20 年度	<input type="checkbox"/> 受診日時点の国保資格 <input type="checkbox"/> 検査結果・領収書・質問票 <input type="checkbox"/> 年齢要件 <input type="checkbox"/> 受診年度に重複申請なし <input type="checkbox"/> 保険料未納なし <input type="checkbox"/> 受診年度に特定健診受診なし	情報提供のみ 動機 積極