

**【記入例】** 下記を参考に、網掛け部分をご記入ください  
 ※消せるボールペンは使用しないでください

第1号様式（第6条関係）

（宛先）大田区長

大田区国民健康保険人間ドック受診助成金交付申請書兼請求書

捨印

令和 ○年 ○月 ○日



**【ご注意ください】**  
 氏名、金額、口座番号、口座名義  
 は訂正不可です

・申請日を記入  
 ・朱肉で押印（シャチハタ不可）

金の交付について、次  
 座に振り込んでください。

フリガナ	オオタ ハナコ	被保険者証 記号・番号
氏名	大田 花子	記号
		11or65- ○○
住所	〒144-8621 (電話番号 03-○○○○-○○○○)	番号
	大田区 羽田5-6-7	○○○○
生年月日	昭和○○年 ○月 ○日	年齢 (○○) 歳
受診医療機関名	○○○クリニック	受診年月日
		令和○年 ○月 ○日
請求金額	¥ 8 4 0 0	※上限8,400円（医療機関等で支払った受診費用の額が8,400円を下回るときは、その支払額）

振込先金融機関	<b>【ご注意ください】</b> 助成金の受領を委任する場合は、振込先金融機関（口座情報）の記入は不要です。別途支払金口座振替依頼書の記入・押印が必要になります。		支店 本店 出張所
預金種別	①普通 ②当座	口座番号 (右詰め)	
口座名義	口座名義 (漢字)		口座名義 (カナ)

【その他の必要書類】 ・質問票 ・受診費用の領収書の写し ・受診結果の写し

必要書類を添えてご申請ください

下記の助成要件をご確認いただき、必ずチェック☑を入れてください。

- 人間ドック受診年度の4月1日時点において、大田区国民健康保険の被保険者であること
- 人間ドック受診日時点で、40歳以上74歳以下の大田区国民健康保険の被保険者であること
- 保険料の滞納が無いこと
- 人間ドックを受診する年度中に特定健康診査を受診していない（受診しない）こと
- 受診結果によって特定保健指導の対象となった場合は指導を受けること

※上記の助成要件に非該当だった場合等、大田区国民健康保険人間ドック受診助成事業実施要綱の規定に違反した場合は、助成金の全部又は一部を返還していただくことがあります。

全て確認し、チェックしてください