

町田市国民健康保険及び後期高齢者医療制度人間ドック受診補助金 交付申請書

町田市長 様

人間ドック等受診料の補助を下記のとおり申請します。

振込先の口座名義が申請者と異なる場合には、下記口座名義人に人間ドック補助費の受領に関する権限を委任します。

また、本申請書に記入した事項に関しては、町田市のOA機器に登録することを承諾します。

ご案内

- 対象者 : 受診年度（4月1日から翌年3月31日まで）に満40歳以上であること。
 受診日および申請日に、町田市国民健康保険または東京都後期高齢者医療制度に加入している町田市民（町田市外の住所地特例者含む）であること。
- 補助回数 : 受診年度に1回まで
※人間ドック等を受診した年度に町田市の成人健康診査を受診しないこと。
- 申請期限 : 受診年度の4月1日から翌年3月末日まで

必要添付書類 ※確認のうえチェックを入れてください。

- 申請者の本人確認書類の写し（マイナンバーカード・運転免許証・資格確認書など）
- 通帳またはカードなど振込先がわかるものの写し
- 人間ドック等の検査の受診が明記してある領収書の写し
- 人間ドック等の検査結果（数値が記載してあるもの）の写し
- 受診年度分の町田市成人健康診査受診券（手元にある場合）

○太線の枠内をご記入ください。

申請日		年 月 日		※申請者と口座名義人が異なる場合のみ押印	
受診者 (申請者)	被保険者証 記号・番号	国保	記号 : 32 -	番号 :	フリガナ
		後期	番号 :		氏名
	住所	〒 -			
	生年月日	大正	年	月	日
		昭和			電話番号
受診機関	医療機関名称				
	受診日	年 月 日 ~		年 月 日	
補助額		円		補助額 : 10,000円 (ただし、受診料が10,000円未満の場合は受診料と同額)	
振込先	金融機関				
			銀行・農協		
			信用金庫・労働金庫		
	金融機関コード	支店コード	口座番号		口座種別
					普通・当座
					口座名義人
				フリガナ	
				氏名	
口座名義人住所 ※申請者と口座名義人が違う場合のみ記入		〒 -			

町田市記入欄

本人確認書類

- マイナンバーカード
- 運転免許証
- 資格確認書
- その他()

必要添付書類

- 確認済み
- (裏面)質問票・署名
- 確認済み

受診券番号:

資格(受診日・申請日)・年齢

- 確認済み
- 税完納情報
- 確認済み

年度内健診受診・人間ドック申請

- 利用無し

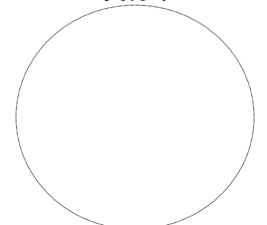
宛名番号:

係	係長	課長

No.

窓口・郵送

受付印



必要な検査項目および質問票

必要な検査項目

以下の検査項目結果が必要となります。確認のうえチェックを入れてください。
すべてを実施していない場合、申請をお受けすることができません。

<input type="checkbox"/>	身体計測	身長、体重、腹囲、BMI
<input type="checkbox"/>	血圧	収縮期血圧、拡張期血圧
<input type="checkbox"/>	肝機能検査	AST (GOT)、ALT (GPT)、 γ -GT (γ -GTP)
<input type="checkbox"/>	血中脂質検査	空腹時中性脂肪 (または随時中性脂肪)、HDLコレステロール、LDLコレステロール
<input type="checkbox"/>	血糖検査	空腹時血糖または随時血糖、HbA1c
<input type="checkbox"/>	尿検査	尿糖、尿蛋白
<input type="checkbox"/>	腎機能検査	eGFR

質問票

○太線の枠内をご記入ください。

既往歴	医師から、脳卒中 (脳出血・脳梗塞等) にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	①はい	②いいえ
	医師から、心臓病 (狭心症・心筋梗塞等) にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	①はい	②いいえ
	医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	①はい	②いいえ
	医師から、貧血と言われたことがありますか。	①はい	②いいえ
自覚症状	①あり ()	②なし	
他覚症状	①あり ()	②なし	
服薬歴	現在aからcの薬を使用していますか。(医師の診断・治療のもとで服薬中の方)		
	a 血圧を下げる薬	①はい	②いいえ
	b 血糖を下げる薬又はインスリン注射	①はい	②いいえ
	c コレステロールや中性脂肪を下げる薬	①はい	②いいえ
喫煙習慣	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 ※「習慣的に吸っている」とは、以下の条件1と条件2を両方満たす場合を指します。 条件1：最近1か月間吸っている 条件2：生涯で6か月間以上、又は100本以上吸ったことがある	①はい (条件1と2両方を満たす) ②以前は吸っていたが、最近吸っていない (条件2は満たすが条件1は満たしていない) ③いいえ (上記以外)	

○以下チェックのうえ、署名してください。

- 同一年度に町田市成人健康診査を受診しません。
- 同一年度中に町田市成人健康診査を受診した場合、交付を受けた補助金を返還します。
- (年度途中で国保・後期に加入された方) 前住所地・前健康組合で健康診査を受診していません。
- 申請日までに納期限の到来した国民健康保険税・後期高齢者医療保険料を完納しています。
- 必要な検査項目をすべて実施し、提出書類に検査結果が記載されていることを確認しました。
- 人間ドックの結果及び質問票等の個人情報について、特定健康診査の結果として使用し、今後の保健事業へ活用することに同意します。

氏名

(自筆でご記入ください)

町田市国民健康保険及び後期高齢者医療制度人間ドック受診補助金 交付申請書

記載例

町田市長 様

人間ドック等受診料の補助を下記のとおり申請します。
 振込先の口座名義が申請者と異なる場合には、下記口座名義人に人間ドック補助費の受領に関する権限を委任します。
 また、本申請書に記入した事項に関しては、町田市のOA機器に登録することを承諾します。

ご案内

- 対象者 : 受診年度（4月1日から翌年3月31日まで）に満40歳以上であること。
 受診日および申請日に、町田市国民健康保険または東京都後期高齢者医療制度に加入している町田市民（町田市外の住所地特例者含む）であること。
- 補助回数 : 受診年度に1回まで
※人間ドック等を受診した年度に町田市の成人健康診査を受診しないこと。
- 申請期限 : 受診年度の4月1日から翌年3月末日まで

必要添付書類 ※確認のうねチェックを入れてください

- 申請者の本人確認書類の写し（マイナンバーカード等）
- 通帳またはカードなど振込先がわかる書類
- 人間ドック等受診が明記した受診履歴書
- 人間ドック等の検査結果（数値が記載した書類）
- 受診年度分の町田市成人健康診査受診券

内容を確認し、チェックを入れてください。
 ※記載はありませんが、「請求書（第10号様式）」の添付もお忘れなくお願いします。

○太線の枠内をご記入ください。

申請日		2025 年 4 月 1 日		※申請者と口座名義人が異なる場合のみ押印	
受診者（申請者）	被保険者証記号・番号	国保記号：32 - 00	番号：0000	フリガナ	マチダ ハナコ
	住所	〒194 - 0000 町田市森野2-2-22		氏名	町田 花子 印
	生年月日	大正昭和	60 年 4 月		042-724-
受診機関	医療機関名称	〇〇病院			
	受診日	2025 年 4 月 1 日 ~ 2025 年 4 月 2 日			
補助額		10,000 円		補助額：10,000円（ただし、受診料が10,000円未満の場合は受診料と同額）	
振込先	金融機関				
	△△		銀行・農協		××
	信用金庫・労働金庫				本店 支店 出張所
	金融機関コード	支店コード	口座番号		口座種別
	0000001	1234567	普通		当座
口座名義人住所		〒 -		フリガナ	マチダ ハナコ
※申請者と口座名義人が違う場合のみ記入				氏名	町田 花子

国保・後期いずれかの被保険者番号を記入してください。
 ※不明の場合、空欄で構いません。

申請者と口座名義人が異なる場合のみ、申請者の押印をしてください。

ゆうちょ銀行の場合
 金融機関コード：9900
 支店名・支店コード：記号の2~3桁目の数字の最後に「8」をつける
 口座番号：番号の最後の「1」を取る
 例）記号11940、番号12345671の場合
 →支店コード198、口座番号1234567

申請者と口座名義人が異なる場合のみ、口座名義人の住所を入力してください。

町田市国民健康保険 申請書

本人確認書類

- マイナンバーカード
- 運転免許証
- 資格確認書
- その他

必要添付書類

- 確認済み
- (裏面)質問票・署名
- 確認済み

受診券番号： _____

宛名番号： _____

資格(受診日・申請日)・年齢

- 確認済み
- 税完納情報
- 確認済み
- 年度内健診受診・人間ドック申請
- 利用無し

No. _____

窓口・郵送

必要な検査項目および質問票

必要な検査項目

以下の検査項目結果が必要となります。**確認のうえチェックを入れてください。**
すべてを実施していない場合、申請をお受けすることができません。

<input checked="" type="checkbox"/>	身体計測	身長、体重、腹囲、BMI
<input checked="" type="checkbox"/>	血圧	収縮期血圧、拡張期血圧
<input checked="" type="checkbox"/>	肝機能検査	AST (GOT)、ALT (GPT)、 γ -GT (γ -GTP)
<input checked="" type="checkbox"/>	血中脂質検査	空腹時中性脂肪 (または随時中性脂肪)、HDLコレステロール、LDLコレステロール
<input checked="" type="checkbox"/>	血糖検査	空腹時血糖または随時血糖、HbA1c
<input checked="" type="checkbox"/>	尿検査	尿糖、尿蛋白
<input checked="" type="checkbox"/>	腎機能検査	eGFR

質問票

○太線の枠内をご記入ください。

既往歴	医師から、脳卒中 (脳出血・脳梗塞等) にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	①はい	②いいえ		
	医師から、心臓病 (狭心症・心筋梗塞等) にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	①はい	②いいえ		
	医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	①はい	②いいえ		
	医師から、貧血と言われたことがありますか。	①はい	②いいえ		
自覚症状	①あり (めまい、立ちくらみ)	②なし			
他覚症状	①あり ()	②なし			
服薬歴	現在aからcの薬を使用している (服薬中の方)	必要箇所に○をつけ、必要に応じて記入してください。			
	a 血圧を下げる薬			①はい	②いいえ
	b 血糖を下げる薬又はインスリン			①はい	②いいえ
	c コレステロールや中性脂肪を下げる薬			①はい	②いいえ
喫煙習慣	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。	①はい (条件1と2両方を満たす)			
	※「習慣的に吸っている」とは、以下の条件1と条件2を両方満たす場合を指します。 条件1：最近1か月間吸っている 条件2：生涯で6か月間以上、又は100本以上吸ったことがある	②以前は吸っていたが、最近吸っていない (条件2は満たすが条件1は満たしていない)			
		③いいえ (上記以外)			

○以下チェックのうえ、署名してください。

- 同一年度に町田市成人健康診査を受診しません。
- 同一年度中に町田市成人健康診査を受診した場合、交付を受けた補助金を返還しませんでした。
- (年度途中で国保・後期に加入された方) 前住所地・前健康組合で健康診査を受診しませんでした。
- 申請日までに納期限の到来した国民健康保険税・後期高齢者医療保険料を完納しました。
- 必要な検査項目をすべて実施し、提出書類に検査結果が記載されていることを確認しました。
- 人間ドックの結果及び質問票等の個人情報について、特定健康診査の結果として使用し、今後の保健事業へ活用することに同意しました。

内容を確認し、チェックを入れてください。

自筆でご記入ください。

氏名

町田 花子

(自筆でご記入ください)