

日光市国保・後期高齢 人間ドック補助金交付申請 チェックリスト

◆ 申請者（または来所者）及び申請を受け付けた（＝窓口受付）職員は、下記の各項目について確認をお願いします ◆
 ※手書きの場合、黒のボールペンで記入してください。消せる(消える)インク、ボールペン、鉛筆は使用不可。

申請者氏名： _____

1. 申請時に持参するもの

| | | |
|---|---------|----------------|
| 個人番号カード、または日光市国民健康保険もしくは栃木県後期高齢者医療制度の資格確認書等(加入していることがわかるもの) | | |
| 通帳等、振込先のわかるもの | 領収書(原本) | 「受診結果」を確認できる書類 |

※市は提出された「受診結果」を「特定健診結果」として管理し、「特定保健指導」が必要な方には教室等の案内をします。持参していないまたは提出に同意できない場合は申請できません。

2. 申請書を記入する前の確認事項

- ・申請者は「申請者確認欄」の はい・いいえ どちらかに○をしてください。
- ・「担当課欄」は担当課である「保険年金課」が記入します。

| No. | 確認事項 | 申請者確認欄 | 備考 | 担当課欄 |
|-----|--|------------------|--|-------------|
| 1 | 人間ドックを受診した ※「人間ドック」は「特例健診検査項目をすべて含むもの」が対象です。 | はい・いいえ | 脳ドックやがん検診のみのドックは対象外。 | |
| 2 | 「申請日」は人間ドック受診日から3ヶ月以内である | はい・いいえ | 申請期間：受診日から <u>3ヶ月以内</u> | |
| 3 | 「受診日」において、日光市国民健康保険または日光市在住の栃木県後期高齢者医療制度の被保険者である | はい・いいえ | | |
| 4 | 35歳以上(年度末年齢)である | はい・いいえ | | |
| 5 | 職場・互助会等から、受診費用に対する費用の助成がある | はい・いいえ | 教職員等互助会からの助成等を含む。 | |
| 6 | 日光市外の医療機関で受診した | はい・いいえ | | |
| 7 | (人間ドック受診日の属する年度において)日光市内医療機関での人間ドックまたは脳ドックの申込(または受診)をした | はい・いいえ | 市内医療機関での人間ドック・脳ドックは例年7月申込受付・9月受診開始です。当補助金制度との二重申請は不可。 | |
| 8 | (人間ドック受診日の属する年度において)日光市の特定健診・はつらつ健診・一般健診(集団健診または医療機関健診)の申込(または受診)をした | はい・いいえ | 人間ドックの検査項目と重複するため、左記の健診を利用する場合、当補助金の申請は不可。 | ※TASK「10」入力 |
| 9 | 今までに、この補助金の申請をしたことがある (今までに申請をしたことがある方のみ) 前回と今回のドック受診日は、同じ年度内(4/1～3/31)である | はい・いいえ はい・いいえ | ※「いいえ」の場合はNo.10へ (例) 前回：令和7年4月15日 今回：令和8年3月20日 →受診日が同じ年度 =申請不可 | |
| 10 | 国民健康保険税を完納している世帯である、または、後期高齢者医療制度の保険料を完納している | はい・いいえ | 条件：直近の納期限まで完納 | |

《交付申請に必要な書類一覧》(窓口受付職員確認及び確認欄レ点チェック記入)

※No.1(様式第6号)及びNo.5(様式第7号)は、すべて申請者が記入です。

※窓口受付職員は下記No.1～6全てそろっているか確認し、確認欄にレ点チェックを記入してください。

| No. | 提出書類等 | 備考 | 確認欄 |
|-----|---|---|-----|
| 1 | 様式第6号 人間ドック補助金交付申請書 | (参考) 補助金交付申請額について ①健診費用額＝領収書の金額 ②交付申請額＝領収書の金額×1/2(千円未満切捨て。上限15,000円) ③自己負担額＝①－② | |
| 2 | 領収書 ※基本原本提出 | 人間ドックの領収書(オプション代(婦人科検診・追加検診等)を含んでいて可) ※医療費控除等で領収書が必要な場合(再検査後に治療開始に限る)は、領収書のコピーでも可。 コピーの場合、必ず職員が原本を確認し、コピーに「原本確認済」等の記載をお願いします。 | |
| 3 | 振込先のわかるもの | 通帳の場合、金融機関名・本支店名・口座種別・口座番号(7桁)・名義人が記載されている面をコピーしてください。メモでも可。 ※本人以外の口座の場合には、コピー等に「本人以外」との記載してください。 | |
| 4 | チェックリスト(この用紙) | 上記「2. 申請書を記入する前の確認事項」の「申請者確認欄」は申請者(または来所者)に記入してもらってください。 | |
| 5 | 様式第7号 問診票 ※国保：クリーム色 後期：ライトグリーン色 | 健診結果書と同様の問診結果が添付または印字されている場合は、市の問診票には名前の記載だけで結構です。 | |
| 6 | 健診結果書のコピー (当日結果報告書・仮結果票など簡易的な報告書は不可) | 原本持参の場合は、受付の際に職員が健診結果書をコピーして原本を返却してください。 ※実施日・医師名・検査結果・検査数値のあるページは、全てコピー(可能な限りA4両面コピー(※縮小可))をお願いします。 | |