

# 日光市外の医療機関等で人間ドックを受診した方への 人間ドック補助金制度について

<令和7年3月改訂版>

## ●次のすべての項目に該当する方が申請できます。

- (1) 日光市外の医療機関等で人間ドックを受診した方  
※人間ドックは、特定健診検査項目を全て含むものが対象です。  
「脳ドック」や「がん検診のみのドック」は対象外です。
- (2) 年度末年齢が35歳以上の方
- (3) 受診日において、日光市国民健康保険被保険者の方、または日光市に住所を有する栃木県後期高齢者医療制度被保険者の方
- (4) 国民健康保険税を完納している世帯の方または後期高齢者医療制度の保険料を完納している方
- (5) 職場等からの費用の助成がない方
- (6) 同年度内に、市の特定健診、はつらつ健診、一般健康診査を受診していない（受診する予定のない）方
- (7) 同年度内に、市内医療機関の人間ドック・脳ドックを受診していない（受診する予定のない）方
- (8) 前回補助金申請した際の受診日と、今回の受診日が同年度内でない方



## ●補助額

人間ドックに要した費用の2分の1（上限15,000円）

※2分の1の額に千円未満の端数があるときは、その端数を切り捨てた額

## ●申請期間

受診日から3か月以内

申請期間に  
ご注意ください！

## ●申請に必要なもの

- (1) 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
- (2) 領収書（原本）
- (3) 受診結果を確認できる書類（仮の結果書ではお受けできません）
- (4) 通帳等、振込先のわかるもの（原則として本人名義のもの）

※申請書、問診票等は窓口で記入していただきます。

## ●申請窓口

日光市役所保険年金課、各地域の行政センター（市民サービス係）・地区センター・出張所

## ●その他

補助金申請書受付後は、保険年金課で内容を審査し、後日申請者の方へ補助金交付（不交付）決定通知書を送付します。交付決定の方には、あわせて請求書、請求書返信用封筒を送付します。

担当課：日光市役所保険年金課（〒321-1292 日光市今市本町1番地）

TEL：0288-21-5110 FAX：0288-21-5120

記入例

様式第6号（第14条関係）

日光市国民健康保険・後期高齢者医療制度人間ドック補助金交付申請書

ふりがな 氏名	にっこう たろう 日光 太郎	性別 男・女	生年月日 大正 昭和 ●年●月●日 (●歳)
住所	日光市今市本町1番地		
国民健康保険 記号番号	100-00001	後期高齢者 被保険者番号	
RO年度、市の特定健診・脳ドック受診の有無 (受診有の場合は対象外)		有( 年 月 日)・無	
人間ドック 健診年月日	R O 年 4 月 15 日～ 日 (申請は3か月以内)		
健診実施 医療機関等	〇〇病院健診センター		
医療機関等住所	宇都宮市〇〇〇町〇〇番地		
補助金 交付申請額	健診費用額	43,200円 ※領収書の金額	
	交付申請額	15,000円	
	自己負担額	28,200円	
補助金交付 限度額等	健診費用額の1/2の額(千円未満切捨て。限度額15,000円。) ※当該年度において他の医療制度による健診の助成を受けていないこと。		
人間ドック補助金を交付されるよう、日光市国民健康保険及び後期高齢者医療制度人間ドック等事業実施要綱第14条の規定により問診票・領収書・受診結果が確認できる書類を添えて申請します。			
日光市長 様		令和 O 年 5 月 15 日	
住所	日光市 今市本町1番地		
申請者 氏名	日光 太郎		
電話番号	21-5110		
※平日の昼間連絡がつく電話番号			

(同意書)

人間ドック補助金は、国民健康保険税及び後期高齢者医療保険料を完納していることが条件であるため、貴下職員が納付状況を確認することに同意します。

また、市が提出された健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場合には、教室等の案内について同意します。

氏名 日光 太郎

様式第6号（第14条関係）

日光市国民健康保険・後期高齢者医療制度人間ドック補助金交付申請書

ふりがな 氏名		性別 男・女	生年 月日	大正 昭和	年 月 日 ( 歳)
住所					
国民健康保険 記号番号		後期高齢者 被保険者番号			
年度、市の特定健診・脳ドック受診の有無 (受診有の場合は対象外)			有 ( 年 月 日 ) ・ 無		
人間ドック 健診年月日	年 月 日 ~ 日 (申請は3か月以内)				
健診実施 医療機関等					
医療機関等住所					
補助金 交付申請額	健診費用額	円			
	交付申請額	円			
	自己負担額	円			
補助金交付 限度額等	健診費用額の1/2の額(千円未満切捨て。限度額15,000円。) ※当該年度において他の医療制度による健診の助成を受けていないこと。				
人間ドック補助金を交付されるよう、日光市国民健康保険及び後期高齢者医療制度人間ドック等事業実施要綱第14条の規定により問診票・領収書・受診結果が確認できる書類を添えて申請します。					
令和 年 月 日					
日光市長 様					
住所 日光市					
申請者 氏名					
電話番号					

(同意書)

人間ドック補助金は、国民健康保険税及び後期高齢者医療保険料を完納していることが条件であるため、貴下職員が納付状況を確認することに同意します。  
また、市が提出された健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場合には、教室等の案内について同意します。

氏名

# 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

※※ 申請者及び窓口担当者は、下記の各項目について確認をお願いします ※※

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
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

## 2. 申請書を記入する前の確認事項

No.	確認事項	申請者確認欄	備考	担当課 処理欄
1	人間ドックを受診した	はい・いいえ	脳ドックやがん検診のみのドックは対象外です。	
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	職場等から、受診費用に対する費用の助成がある	はい・いいえ		
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できません。	
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は、当補助金の申請はできません。	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	（例）前回：令和6年4月15日 今回：令和7年3月20日 → <u>受診日が同じ年度</u> =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	直近の納期限分まで全て納めてあることをご確認ください。	

## ≪申請に必要な書類一覧 ※窓口担当者確認欄≫

No.	提出書類等	備考	市確認欄
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。（コピーを預かる場合は、 <u>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。</u> ）	
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・名義人が記載されている面をコピーしてください。上記項目が分かれればメモでも結構です。 ※本人以外の口座の場合には、コピー等に「本人以外」との記載をお願いします。	
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」は本人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	・申請者に記入してもらってください。 ※健診結果書に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 （仮結果票は不可）	・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。	