

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6年4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) です。
※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になります。

●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) 保険証
 - (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付できません)
 - (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)
- ※窓口にて申請書及び問診票等にご記入いただきます。

●申請の窓口

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

日光市の保健事業である市内医療機関の人間ドック・脳ドックと、このチラシの市外人間ドック補助金制度との重複利用はできません。

※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

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	にっこう たろう	性別	大正 昭和●年●月●日 (●歳)
氏名	日光 太郎	男・女	
住所	日光市今市本町1		
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 1 5 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。			
令和〇年5月15日			
日光市長 様			
住所 日光市今市本町1			
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		性別	生年	大正	年	月	日
氏名		男・女	年月日	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。						
<p>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。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>日光市長 様</p> <p style="text-align: center;">住 所 日光市</p> <p style="text-align: center;">申請者 氏 名</p> <p style="text-align: center;">電話番号</p>							

(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