

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5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または日光市在住の栃木県後期高齢者医療制度に加入している方
- (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・脳ドックは、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。

※補助金申請書提出後は、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、請求書、請求書返信用封筒を送付します。

担当課

日光市今市本町1番地 日光市役所

保険年金課 TEL: 0288-21-5110

FAX: 0288-21-5120