

# (郵送申請をする方へ) 国民健康保険 人間ドック検診費補助金交付申請について

## 申請の流れ

### 検診日を予約 (医療機関で)

指定医療機関に「伊勢崎市の国民健康保険の人間ドック（脳ドック）」と伝えて、下記の期間内の日程で予約をしてください。

検診の実施期間 **令和6年6月から令和7年3月まで**

### 補助金の申請 (インターネット・ 郵送・窓口)

下記の期間内に、インターネットまたは郵送、市役所や各支所の窓口で補助金の申請をしてください。

補助金の申請期間 **4月11日(木)から9月30日(月)まで**

ただし

●検診日が**6月から10月まで**の人→検診月の**前々月末までに申請(必着)**

●検診日が**11月から3月まで**の人→**9月30日(月)までに申請(必着)**

※窓口での申請は土・日・祝日は除きます

### 「補助金交付決定 通知書」の交付

市役所から「補助金交付決定通知書」が郵送されます。内容に間違いなどないか確認し、検診当日に持参してください。

## 対象

- 補助金申請日および検診当日に、本市の国民健康保険に加入し、令和7年3月31日時点で年齢が40歳以上の人
- 脳ドック＝40歳・45歳・50歳・55歳・60歳・65歳・70歳の人

## 申請方法

- 申請書に必要事項を記入し、国民健康保険課に郵送してください。
  - ・検診日が6月から10月までの人＝検診月の前々月末まで(必着)
  - ・検診日が11月から3月までの人＝9月30日(月)まで(必着)
- 宛先 〒372-8501 (住所不要) 市役所国民健康保険課

## 注意事項

- 昭和24年4月1日～昭和25年3月31日生まれの方で、誕生日以降に受診される方は後期高齢者医療制度への申請となります。申請書類も異なりますのでご注意ください。
- 別紙「人間ドック補助金申請時の注意事項」を必ず確認のうえ、申請をしてください。

## 問い合わせ先

伊勢崎市役所国民健康保険課 給付係 0270-27-2737

## 伊勢崎市国民健康保険 人間ドック補助金申請時の注意事項

- 医療機関への予約が済んでいますか？
- 申請書の記入漏れはありませんか？
- 受診日・検診の種類は間違っていないですか？
- 申請は受診日より2か月以上前ですか？

### ※ 注 意 事 項 ※

- 市役所に届いた日付を申請日として取り扱いますので、余裕をもって申請書を送付してください。  
(例：8月中の受診の場合 → 6月末日までに市役所必着)
- 11月～3月の受診については9月30日(月)までに市役所必着で送付してください。
- 以下の場合は人間ドック補助金を返還していただきますのでご注意ください。
  - ・人間ドック(脳ドック)の検診日に、国民健康保険の加入資格がない場合や、検診後に検診日以前にさかのぼって資格を喪失した場合
  - ・特定健康診査と人間ドックを重複して受診した場合
- 申請書の届いた日の翌月下旬に「交付決定通知書」を送付いたします。検診の際には交付決定通知書を持参してください。
- 社会情勢などにより検診日程等が変更になる場合があります。各医療機関へ直接お問い合わせください。
- その他ご不明な点がございましたらお気軽にお問い合わせください。

脳ドックを受診できる年齢（令和6年度）

40歳	昭和59年4月1日	～	昭和60年3月31日
	1984年4月1日	～	1985年3月31日
45歳	昭和54年4月1日	～	昭和55年3月31日
	1979年4月1日	～	1980年3月31日
50歳	昭和49年4月1日	～	昭和50年3月31日
	1974年4月1日	～	1975年3月31日
55歳	昭和44年4月1日	～	昭和45年3月31日
	1969年4月1日	～	1970年3月31日
60歳	昭和39年4月1日	～	昭和40年3月31日
	1964年4月1日	～	1965年3月31日
65歳	昭和34年4月1日	～	昭和35年3月31日
	1959年4月1日	～	1960年3月31日
70歳	昭和29年4月1日	～	昭和30年3月31日
	1954年4月1日	～	1955年3月31日
75歳	昭和24年4月1日	～	昭和25年3月31日
	1949年4月1日	～	1950年3月31日
	※「脳ドック」だけの受診はできません。 「1日人間ドックと脳ドック」をご利用ください。		

## 国民健康保険人間ドック検診費補助金交付申請書

(宛先) 伊勢崎市長

伊勢崎市国民健康保険人間ドック補助金交付申請における確認事項

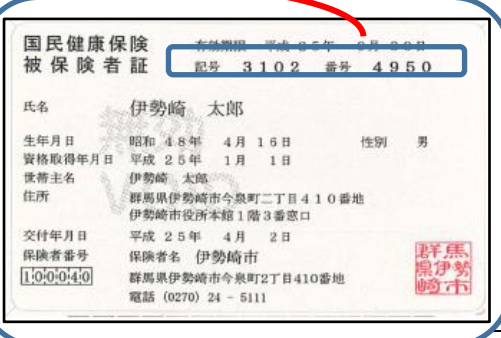
- ① 検診医療機関が申請状況を把握するために、伊勢崎市が補助金交付申請情報を提供すること。
- ② 補助金の請求受領については検診医療機関に一任し、伊勢崎市が特定保健指導のため検診医療機関から結果報告の提供を受けること。

以上のことに同意し、伊勢崎市補助金等交付規則第4条の規定により次のとおり申請します。

## 1. 補助金交付の目的及び内容

自分の健康状態を正確に把握するための専門医による検診を受けるため。

## 2. 申請内容

住所	伊勢崎市今泉町二丁目410		
申請者(受診者)氏名	伊勢崎 太郎 代理人氏名( ) 続柄( )		
生年月日・性別	昭和 27 年 6 月 1 日	男 ・ 女	
電話番号(日中つながるもの)	0270-27-2737		
被保険者記号・番号	○○○○ - ○○○○		
検診の種類 及び補助金額 該当する番号に ○を付けてください。	1. 1日人間ドック(男性)		
	2. 1日人間ドック(女性)		
	3. 1泊2日人間ドック		
	4. 1日人間ドック及び脳ドック(男)		
	5. 1日人間ドック及び脳ドック(女性)		30,000 円
	6. 脳ドックのみ		13,000 円
検診医療機関名 該当する番号に ○を付けてください。	1. 角田病院健診センター 2. 石井病院 3. 伊勢崎佐波医師会病院成人病検診センター 4. 伊勢崎市民病院 5. 群馬県健康づくり財団 6. 鶴谷病院健診センター 7. 伊勢崎健診プラザ		
受診予定年月日	令和 6 年 6 月 1 日		

注：検診予約をしていない場合、補助金の申請をすることは出来ません。

市職員使用欄(郵送受付時)

受付日	入力	決定
/		

受付番号

f -

## 国民健康保険人間ドック検診費補助金交付申請書

（宛先）伊勢崎市長

伊勢崎市国民健康保険人間ドック補助金交付申請における確認事項

- ①検診医療機関が申請状況を把握するために、伊勢崎市が補助金交付申請情報を提供すること。  
②補助金の請求受領については検診医療機関に一任し、伊勢崎市が特定保健指導のため検診医療機関から結果報告の提供を受けること。

以上のことに同意し、伊勢崎市補助金等交付規則第4条の規定により次のとおり申請します。

## 1. 補助金交付の目的及び内容

自分の健康状態を正確に把握するための専門医による検診を受けるため。

## 2. 申請内容

住所	伊勢崎市	
申請者（受診者）氏名	代理人氏名（ ）続柄（ ）	
生年月日・性別	昭和 年 月 日	男 ・ 女
電話番号（日中つながるもの）	— —	
被保険者記号・番号	—	
検診の種類 及び補助金額 該当する番号に ○を付けてください。	1. 1日人間ドック（男性）	15,000 円
	2. 1日人間ドック（女性）	17,000 円
	3. 1泊2日人間ドック	17,000 円
	4. 1日人間ドック及び脳ドック（男性）	28,000 円
	5. 1日人間ドック及び脳ドック（女性）	30,000 円
	6. 脳ドックのみ	13,000 円
検診医療機関名 該当する番号に ○を付けてください。	1.角田病院健診センター 2.石井病院 3.伊勢崎佐波医師会病院成人病検診センター 4.伊勢崎市民病院 5.群馬県健康づくり財団 6.鶴谷病院健診センター 7.伊勢崎健診プラザ	
受診予定年月日	令和 年 月 日	

市職員使用欄（郵送受付時）

受付日	入力	決定
/		

受付番号	f -
------	-----