

（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7年6月から令和8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10日(木)から9月30日(火)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（火）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、検診当日に医療機関へ持参してください。

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8年3月31日時点で次の年齢に該当する人（ただし、特別療養費の対象者を除く）。

●人間ドック＝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（火）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25年4月1日～昭和26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

申請書を送付する前に下記の事項を必ずご確認ください

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

- ☐ 受診する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？
- ☐ 申請は受診月より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(火)までに市役所必着で送付してください。
- 以下の場合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
 - ・今年度特定健康診査と人間ドックを両方受診した場合
- 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7年度）

40歳	昭和60年4月1日 ～ 昭和61年3月31日
	1985年4月1日 ～ 1986年3月31日
45歳	昭和55年4月1日 ～ 昭和56年3月31日
	1980年4月1日 ～ 1981年3月31日
50歳	昭和50年4月1日 ～ 昭和51年3月31日
	1975年4月1日 ～ 1976年3月31日
55歳	昭和45年4月1日 ～ 昭和46年3月31日
	1970年4月1日 ～ 1971年3月31日
60歳	昭和40年4月1日 ～ 昭和41年3月31日
	1965年4月1日 ～ 1966年3月31日
65歳	昭和35年4月1日 ～ 昭和36年3月31日
	1960年4月1日 ～ 1961年3月31日
70歳	昭和30年4月1日 ～ 昭和31年3月31日
	1955年4月1日 ～ 1956年3月31日
75歳	昭和25年4月1日 ～ 昭和26年3月31日
	1950年4月1日 ～ 1951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、伊勢崎市が報告の提供を受けること。

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。

- 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
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	(フリガナ) イセサキ タロウ 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	
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. 伊勢崎佐波医師会病院(下植木町) 2. 鶴谷病院(境百々) 3. 伊勢崎市民病院(連取本町) 4. 石井病院(波志江町) 5. 伊勢崎健診プラザ(中町) 6. 群馬県健康づくり財団(前橋市) 7. 角田病院(玉村町)	
受診予定年月日	令和 7 年 6 月 1 日	

市職員使用欄（郵送受付時）

受付日	入力	決定	国民健康保険記号・番号
/			

受付番号	f -
------	-----

(宛先) 伊勢崎市長

- 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。

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

市職員使用欄（郵送受付時）

受付番号	f -
------	-----