

（郵送申請をする方へ）後期高齢者医療 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「伊勢崎市の後期高齢者医療制度の人間ドック（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8年6月から令和9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9日(木)から9月30日(水)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（水）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。内容に間違いがないか確認し、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、本市の後期高齢者医療制度に加入している方が対象となります。
- 脳ドック＝75歳・80歳・85歳・90歳以降5歳ごとの年齢に達する人
障害認定を受けて後期高齢者医療制度に加入している人は、65歳と70歳の人でも脳ドックを受診できます。

申請方法

- 申請書に必要事項を記入し、年金医療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（水）まで（必着）
- 宛先 〒372-8501 （住所不要） 市役所年金医療課

注意事項

- 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

伊勢崎市役所年金医療課 高齢者医療係 0270-27-2739

伊勢崎市後期高齢者医療 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ますか？
- 申請は受診日より2か月以上前ですか？
(申請期限にまにあっていますか？)

※ 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(水)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、後期高齢者医療制度の被保険者でない場合
 - ・後期高齢者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8年度）

※脳ドックのみの受診はできません。一日人間ドックと脳ドックのセットで予約・申請をしてください。

65歳	昭和36年4月1日	～	昭和37年3月31日
	1961年4月1日	～	1962年3月31日
70歳	昭和31年4月1日		昭和32年3月31日
	1956年4月1日	～	1957年3月31日
75歳	昭和26年4月1日		昭和27年3月31日
	1951年4月1日	～	1952年3月31日
80歳	昭和21年4月1日		昭和22年3月31日
	1946年4月1日	～	1947年3月31日
85歳	昭和16年4月1日		昭和17年3月31日
	1941年4月1日	～	1942年3月31日
90歳	昭和11年4月1日		昭和12年3月31日
	1936年4月1日	～	1937年3月31日
95歳	昭和6年4月1日		昭和7年3月31日
	1931年4月1日	～	1932年3月31日
100歳	大正15年4月1日		昭和2年3月31日
	1926年4月1日	～	1927年3月31日

後期高齢者医療人間ドック検診費補助金交付申請書

（宛先）伊勢崎市長

後期高齢者医療人間ドック検診費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、伊勢崎市が検診医療機関から結果報告の提供を受けること。
- ③後期高齢者医療保険料の納付状況を確認すること。

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	(フリガナ) 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)	-		
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）	21,000 円	
	2. 1日人間ドック（女性）	23,000 円	
	3. 1日人間ドック及び脳ドック（男性）	28,000 円	
	4. 1日人間ドック及び脳ドック（女性）	30,000 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 年 月 日		

※市使用欄

被保険者番号	
--------	--

受付番号	郵送用 -
------	-------

受付		入力	
----	--	----	--

後期高齢者医療人間ドック検診費補助金交付申請書

(宛先) 伊勢崎市長

後期高齢者医療人間ドック検診費補助金交付申請における

- ①検診医療機関が申請状況を把握するために、伊勢崎市
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
③後期高齢者医療保険料の納付状況を確認すること。

以上のことに同意し、伊勢崎市補助金等交付規則第4条

2. 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) アカギ ジロウ 赤城 次郎 代理人氏名（ ）続柄（ ）		
生年月日・性別	昭和20年1月1日	男	女
電話番号 (日中つながるもの)	0270-27-2739		
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）	21,000円	
	2. 1日人間ドック（女性）	23,000円	
	3. 1日人間ドック及び脳ドック（男性）	28,000円	
	4. 1日人間ドック及び脳ドック（女性）	30,000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8年7月1日		

注意：健診予約をしていない場合は
補助金の申請をすることは出来ません

※市使用欄

以下は記入しないで下さい

被保険者番号	
--------	--

受付番号	郵送用 -
------	-------

受付		入力	
----	--	----	--