

③ 全額自己負担で健診を受けるため、朝霞市の特定健康診査または人間ドック検診を受けない方

朝霞市国民健康保険人間ドック検診等補助金交付要綱に基づき助成金を支給します



対象者

以下の①②③全てを満たす方

- ①受診日時点で朝霞市国民健康保険に加入しており、35歳(受診日時点)から74歳までの方
 - ②費用を全額自己負担し、健診を受診した方
 - ③朝霞市特定健康診査または人間ドック検診を受診されない方
- ※特定健康診査の項目を満たしている健診に限ります(就職等のために受けた健診は対象外)。

受付期間

受診日から起算して1年以内

申請方法

以下の①～⑦を朝霞市役所保険年金課(1階⑰番窓口)へお持ちください

- ①申請者の本人確認資料(保険者証等)
- ②健診費用を証明する書類(領収書等)の原本
- ③受診者の振込口座がわかるもの(通帳等)
- ④特定健康診査受診券(同封している水色のA4サイズ用紙。※35歳～39歳は不要)
- ⑤問診票(写し)
- ⑥医療機関が発行した健診(検査)結果
- ⑦人間ドック検診等補助金交付申請書(記入したもの)

※受診者以外の口座に振り込む場合は、委任状が必要となります。

※「⑦人間ドック検診等補助金交付申請書」は保険年金課窓口での受け取り又は、市ホームページからもダウンロードできます。

※健診(検査)結果に確認が必要な場合は、電話連絡をすることがあります。

郵送で申請を希望される方は、申請方法に記載の①～⑦を同封し、

〒351-8501 朝霞市本町1-1-1 朝霞市役所保険年金課保健事業係宛 までお送りください。

助成金額

- 上限額28,500円(眼底検査実施時30,909円)
 - 実際に負担した費用から自己負担額10,000円を差し引いた金額
- 比較してどちらか少ない金額を助成します。

④ 職場等の健診を受けるため、朝霞市の特定健康診査または人間ドック検診を受けない方

朝霞市国民健康保険特定健康診査に係る健診情報提供事業実施要綱に基づき助成します

先着順でクオカード
500円分を差し上げます!!
(年度1回限り)

対象者

以下の①②両方を満たす方

- ①受診日時点で朝霞市国民健康保険に加入しており、令和4年3月31日までに40歳になる方から74歳までの方
 - ②職場等で健診を受けたため、朝霞市特定健康診査または人間ドック検診を受診されない方
- ※特定健康診査の項目を満たしている健診に限ります。

受付期間

受診日から起算して1年以内

申請方法

以下の①～④を朝霞市役所保険年金課(1階⑰番窓口)へお持ちください

- ①申請者の本人確認資料(保険者証等)
- ②健診(検査)結果
- ③「情報提供基礎データ記入用紙」(記入したもの)
- ④特定健康診査受診券(同封している水色のA4サイズ用紙)

※健診(検査)結果に確認が必要な場合は、電話連絡をすることがあります。

※「③情報提供基礎データ記入用紙」は同ページ下の「情報提供基礎データ記入用紙」をご利用ください。

郵送で申請を希望される方は、申請方法に記載の①～④を同封し、

〒351-8501 朝霞市本町1-1-1 朝霞市役所保険年金課保健事業係宛 までお送りください。

※クオカードを本市から送付する際は、「特定記録」での郵送方法となります。

情報提供基礎データ記入用紙

※こちらに記入し、ご提出ください。併せて、健診(検査)結果もご提出ください。

氏名	
生年月日	昭和 年 月 日
住所	朝霞市
電話番号	
受診日	令和 年 月 日
該当するものに○をつけてください	1.職場健診(職場の名称: _____) 2.通院先での検査 3.その他の健診(_____)

問診項目							
既往歴	なし・あり()						
自覚症状	なし・あり()						
服薬歴	<table border="1"> <tr> <td>血圧を下げる薬</td> <td>なし・あり</td> </tr> <tr> <td>インスリン注射または血糖を下げる薬</td> <td>なし・あり</td> </tr> <tr> <td>コレステロールを下げる薬</td> <td>なし・あり</td> </tr> </table>	血圧を下げる薬	なし・あり	インスリン注射または血糖を下げる薬	なし・あり	コレステロールを下げる薬	なし・あり
	血圧を下げる薬	なし・あり					
	インスリン注射または血糖を下げる薬	なし・あり					
コレステロールを下げる薬	なし・あり						
喫煙歴	吸わない・吸う						

健診結果	
身長	cm
体重	kg
腹囲	cm
血圧	mmHg
受診医療機関	/
医師名	