

③ 自己負担で検診を受けるため、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～74歳(受診日時点)の方
 - ② 費用を自己負担し、特定健康診査の項目を満たしている検診※を受診した方
 - ③ 年度内において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
- ※特定健康診査の検査項目については2ページをご覧ください。

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 申請者の本人確認書類(被保険者証等)
- ② 検診費用を証明する領収書等の原本(受診医療機関、受診日、受診者名が明記されたもの)
- 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(同封している緑色のA4サイズ用紙。※35歳～39歳は不要)
- ⑤ 問診票(検診時に提出する問診票の写しまたは本市指定の問診票)
- ⑥ 医療機関が発行した検診結果票
- 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。

※「⑤問診票」及び「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。

※検診結果票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。