

特定健診の代わりに人間ドック*を受ける方へ

先着 1100 人限定

ドック受診費用を最大 **8,400 円** 助成します

* 下記の検査項目が含まれる人間ドック

対象者 全て満たしている方が申請できます

- 令和7年4月1日時点で大田区国保に加入している
- 人間ドック受診日時点で **40～74 歳** の大田区国保加入者
- 保険料の滞納が無い
- 令和7年度（6月～3月末）分の特定健康診査を受診していない(しない)
- 下記②で検査結果を提出し、保健指導対象となった場合は指導を受けること

申請のながれ 受診前に、上記の要件を満たしているか必ず確認してください

ステップ1:人間ドックを受診

- 下記の検査項目を含んだ人間ドックを受診してください（※予約が必要です）
- 検査項目を満たせば、国内のどの医療機関でも構いません
- 助成対象は「令和7年4月1日～令和8年3月31日」受診分です
- 受診費用を全額自己負担している必要があります
- 医療機関で必ずご本人様名義の領収書を発行してもらってください

（受診者氏名・支払額・医療機関等名称・ドック内容及び受診日記載のもの）※クレジットカードの明細は不可

申請に必要な検査項目

- 【身体計測】身長・体重・BMI・腹囲(実測) 【生理学的検査】血圧測定(原則2回測定値と平均値)
- 【生化学検査】HDL コレステロール・LDL コレステロール(中性脂肪 400mg/dl 以上又は食後に採血する場合 Non-HDL コレステロールも可)・空腹時中性脂肪・AST(GOT)・ALT(GPT)・ γ -GT(γ -GTP)・空腹時血糖・HbA1c(NGSP 値)
- 【尿検査】蛋白・尿糖 【医師の判断】医師の判断(判定)・健康診査を実施した医師の名前

ステップ2:助成金交付申請 記入例は区のホームページをご参照ください

■ 受診結果受領後、次の4点を下記の送付先へ郵送又はお持込みください

- ①人間ドック助成金交付申請書兼請求書(裏面) ②質問票
- ③領収書の写し ④受診結果の写し(確報値で検査項目の数値がわかるページ)
- ①は本紙裏面にあり、②も合わせてお渡しします

①②は区のホームページからダウンロード可

【重要】④は上記全ての検査項目の結果を含むページの写しが必要です

* 申請後、約1～2か月で口座振込

※申請期限は:令和7年5月1日(木)～令和8年4月30日(木)必着

※脳ドックや心臓ドック等、領収書に記載の人間ドックの名称に制限は無く、上記の検査項目を含んでいれば助成対象となります。検査項目に不足があると対象外となりますので、検査項目を満たしているかご不明な場合は、受診前に下記担当までご連絡ください。

申請書等送付先

大田区 健康づくり課 健康診査・保健事業担当[区役所本庁舎6階 12番窓口]

〒144-8621 大田区蒲田 5-13-14

電話 03-5744-1393 FAX 03-5744-1523

※FAXでの申請書提出はご遠慮願います。

（宛先）大田区長

大田区国民健康保険人間ドック受診助成金交付申請書兼請求書

人間ドック受診助成事業に係る助成金の交付について、次のとおり必要書類を添えて申請及び請求します。請求金額は、下記の口座に振り込んでください。

フリガナ				大田区国保 記号・番号		
氏名	㊤			記号	—	
				番号		
住所	〒 — (電話番号 — —) 大田区					
生年月日	昭和 年 月 日		年齢 () 歳			
受診医療機関名				受診年月日		
				令和 年 月 日		
請求金額	¥	千	百	十	円	※上限8,400円（医療機関等で支払った受診費用の額が8,400円を下回るときは、その支払額）

振込先金融機関 ※振込先が申請者の口座でない場合は、委任状が必要です。（詳しくは担当まで）

金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合		支店名	支店 本店 出張所		
金融機関コード			支店コード			
預金種別	①普通 ②当座	口座番号 (右詰め)				
口座名義	口座名義 (漢字)			口座名義 (カナ)		

【その他の必要書類】・質問票 ・受診費用の領収書の写し ・受診結果の写し

下記の助成要件をご確認いただき、必ずチェック☑を入れてください。

- 人間ドック受診年度の4月1日時点において、大田区国民健康保険の被保険者であること
- 人間ドック受診日時点で、40歳以上74歳以下の大田区国民健康保険の被保険者であること
- 保険料の滞納が無いこと
- 人間ドックを受診する年度中に特定健康診査を受診していない（受診しない）こと
- 受診結果によって特定保健指導の対象となった場合は指導を受けること

※上記の助成要件に非該当だった場合等、大田区国民健康保険人間ドック受診助成事業実施要綱の規定に違反した場合は、助成金の全部又は一部を返還していただくことがあります。

区 使 用 欄	受付番号	收受日	領収金額	4/1 資格	受診日資格	未納	特定健診
		/	円	有・無	有・無	有・無	有・無
	窓・〒	/	/	/	/	/	/