

綾瀬市国民健康保険健康診査事業実施要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、綾瀬市国民健康保険条例（昭和34年綾瀬町条例第4号）第8条第1項第1号に基づき実施する綾瀬市国民健康保険健康診査（以下「健康診査」という。）について必要な事項を定めるものとする。

(対象者)

第2条 健康診査を受けることができる者（以下「対象者」という。）は、国民健康保険の被保険者であつて、当該年度において35歳から39歳に達する者とする。

(実施期間)

第3条 健康診査は、毎年度6月1日から翌年の3月31日まで実施するものとする。

(検査項目及び方法)

第4条 健康診査の検査項目及び方法は、次のとおりとする。

- (1) 別表1に定める検査項目を必須検査項目は、全ての受診者に対して実施するものとする。
- (2) 別表2に定める検査項目は、医師の判断に基づき実施するものとする。

(受診券)

第5条 市長は、対象者に対して健康診査受診券を交付する。

(診査機関)

第6条 健康診査を行う機関（以下「診査機関」という。）は、市長と委託契約を締結した医療機関とする。

(費用の額の算定基準)

第7条 第4条に規定する健康診査の実施に要する費用の額の算定基準は、市長が別に定めるものとする。

(一部負担金)

第8条 健康診査を受診する者は、健康診査の費用の一部（以下「一部負担金」という。）を負担するものとする。

- 2 一部負担金の額は、2,000円とし、健康診査を受診する際に診査機関に支払うものとする。

(一部負担金の助成)

第9条 市長は、健康診査を受診した者で、診査年度において、市民税が非課税の世

帯に属する者に対し、一部負担金に相当する額を助成することができる。

(助成の申請等)

第10条 前条の規定による助成を受けようとする者（以下「助成申請者」という。）は、綾瀬市国民健康保険健康診査費用助成申請書（第1号様式）に、次に掲げる書類を添えて、市長が別に定める期日までに市長に提出しなければならない。

(1) 一部負担金を支払ったことがわかる領収書

(2) 健康診査結果の写し

2 市長は、前項の規定により申請があったときは、その内容を審査し、綾瀬市国民健康保険健康診査費用助成決定通知書（第2号様式。以下「助成決定通知書」という。）により助成申請者に通知するものとする。

3 助成決定通知書の交付を受けた者は、綾瀬市国民健康保険健康診査費用助成請求書（第3号様式）を市長に提出し、費用の助成を受けるものとする。

(記録及び通知)

第11条 健康診査を行った診査機関は、その結果を健康診査票に記録するものとする。

2 前項の結果は、市に報告するとともに、受診者に通知するものとする。

(不正利得の返還)

第12条 市長は、偽りその他不正な手段により、健康診査を受診した者があるときは、健康診査に要した費用に相当する額の返還を求めるものとする。

(委任)

第13条 この要綱に定めるもののほか、健康診査の実施に関し必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この要綱は、平成20年6月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成22年6月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成30年6月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和3年6月1日から施行する。

別表1 必須検査項目

検査項目	内容等
問診	服薬歴・既往歴・生活習慣、自覚症状等
計測	身長、体重、肥満度・標準体重、腹囲、血圧
診察	理学的所見（身体診察）
脂質	中性脂肪、HDL、LDL
肝機能	AST（GOT）、ALT（GPT）、 γ -GT（ γ -GTP）、ALP
代謝系	ヘモグロビンA1c
尿・腎機能	尿糖 半定量 尿蛋白 半定量 血清クレアチニン、尿酸

別表2 選択検査項目

検査項目	内容等
血液一般	ヘマトクリット値、血色素判定、赤血球数
心機能	12誘導心電図
眼底検査	精密眼底検査（両眼）
胸部レントゲン	胸部レントゲン

第1号様式（第10条関係）

綾瀬市国民健康保険健康診査費用助成申請書

年 月 日

（宛先）綾 瀬 市 長

次のとおり、国民健康保険健康診査費用の助成を受けたいので申請します。
なお、助成の審査に当たり、申請者の住民情報を住民基本台帳により、世帯の市民税の課税状況を課税台帳により確認することについて同意します。

※太枠内を記入してください。

ふりがな		生 年 月 日
申請者氏名		年 月 日 (満 歳)
住 所	〒252- 綾瀬市 電話 ()	
理 由	市民税非課税世帯のため	
助 成 額	¥2,000円	

第2号様式（第10条関係）

綾瀬市国民健康保険健康診査費用助成決定通知書

年 月 日

様

綾瀬市長



年 月 日付けで申請のありました綾瀬市国民健康保険健康診査費用の助成について、次のとおり決定しましたので通知します。

- 1 決定区分 助成する
 助成しない
(理由)
- 2 助成決定額 円
- 3 助成内容 国民健康保険健康診査費用

第3号様式（第10条関係）

綾瀬市国民健康保険健康診査費用助成請求書

年 月 日

（宛先） 綾 瀬 市 長

住 所

氏 名

次の金額を請求します。

件 名	金 額
国民健康保険健康診査費用	¥2,000円

振 込 先

フリガナ			
口座名義人			
金融機関 コード		支店 コード	
金融機関名	銀 行 信用金庫 信用組合 農 協	支店名	店
預金種目	<input type="checkbox"/> 普通・総合 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	