

綾瀬市国民健康保険人間ドック費用助成事業実施要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、国民健康保険法（昭和33年法律第192号）の規定に基づく保健事業として、疾病の予防、早期発見及び早期治療並びに医療費適正化の推進に資することを目的として実施する人間ドック費用助成事業について、必要な事項を定めるものとする。

(定義)

第2条 この要綱において、人間ドックとは、生活習慣病その他の疾病の予防及び早期発見を目的とした総合的な健康診断とし、別表第1に規定する綾瀬市国民健康保険特定健康診査（以下「特定健診」という。）項目を含む人間ドックの実施に対し、特定健診の取り扱いに準じて費用を助成するものとする。

(対象者)

第3条 助成の対象となる者（以下「対象者」という。）は、次の各号のいずれの要件も満たす者とする。

- (1) 人間ドック受検日において、特定健診の対象者であること。
- (2) 人間ドック受検日において、当該年度の特定健診を受診していないこと。
- (3) 当該年度に、綾瀬市国民健康保険健康診断等受診データ提供者への記念品交付事業実施要綱（平成27年10月1日施行。以下「記念品交付要綱」という。）における記念品の交付を受けていない者であること。
- (4) 綾瀬市国民健康保険税の滞納がない世帯に属する者であること。
- (5) 人間ドックの受検結果を国民健康保険法に基づき市が実施する特定保健指導その他の保健事業において活用することに同意できる者であること。

(助成対象受検期間)

第4条 受検期間は、毎年度6月1日から翌年の3月31日までとする。

(実施医療機関)

第5条 助成を受けようとする対象者（以下「申請者」という。）は、本市と契約を締結した医療機関（以下「実施医療機関」という。）において助成券を利用できるものとする。

(受検項目)

第6条 人間ドックの受検項目は、原則として別表第1に規定する項目全てを含むものとする。

(助成の申請等)

第7条 申請者は、人間ドックを受検する前に人間ドック費用助成申請書(第1号様式)に次に掲げる書類を添え、市長に申請するものとする。

- (1) 綾瀬市国民健康保険被保険者証
- (2) 綾瀬市特定健康診査受診券
- (3) 綾瀬市特定健康診査票
- (4) その他市長が必要と認める書類

2 市長は、前項に規定する申請を受けたときは、速やかに内容を審査し、適当と認めるときは、助成券を申請者に交付するものとする。

3 申請者は、人間ドック受検時に綾瀬市国民健康保険被保険者証及び助成券を実施医療機関に提出し、健診に係る費用と助成額との差額を実施医療機関の指定する方法で支払うものとする。

(助成等)

第8条 市が助成する回数は、1人につき当該年度1回とし、費用の助成は、当該年度に市が契約した綾瀬市特定健康診査等業務委託契約書に定める金額を実施医療機関に支払うものとする。

2 助成券を利用し、人間ドックを受検した者は、当該年度において、特定健診の受診及び記念品交付要綱における記念品の交付を受けることはできないものとする。

(費用の請求)

第9条 実施医療機関は、第6条に定める受検項目について、綾瀬市特定健康診査等業務委託契約書に定めるとおり、速やかに請求する。

(助成金の返還)

第10条 市長は、申請者が虚偽その他不正な行為により助成を受けたときは、当該助成額の全部又は一部を返還させることができる。

(受検結果の管理等)

第11条 市長は、人間ドックの受診データを高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律第80号)に基づく特定健診のデータとみなし、関係法令に基づき適切に管理を行うものとする。

(委任)

第12条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

(施行期日)

1 この要綱は、平成30年6月1日から施行する。

(準備行為)

2 この要綱施行の際必要な、医療機関との契約その他の必要な準備行為は、この要綱の施行の前に行うことができる。

別表第1（第2条関係）

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コレステロール、LDLコレステロール
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、尿蛋白、血清クレアチニン、尿酸
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

人間ドック費用助成券交付申請書

年 月 日

（宛先）綾瀬市長

次のとおり、人間ドック費用助成券の交付を受けたいので申請します。

また、受検結果を保健事業に活用することに同意します。

※ 太枠内のみ記入してください。

ふりがな					生年月日	
申請者氏名					年 月 日	(年度末年齢: 歳)
住所				電話番号	()	
被保険者証番号			受診券整理番号			
受検予定 医療機関				受検予定日	年 月 日	
備考						
上記のことについて、 次のとおり決定してよ いでしょうか。	課長	担当総括者	担当者	受付者	起案	. .
					決裁	. .
納付状況	<input type="checkbox"/> 納付済 <input type="checkbox"/> 未納(年度第 期から 期まで)					
助成券交付	<input type="checkbox"/> 交付する <input type="checkbox"/> 交付しない					
特定健診受診券・診査票	<input type="checkbox"/> 回収 <input type="checkbox"/> 未回収					