

令和 5年 3月 6日

## 白井市国民健康保険人間ドック等助成金交付要綱

### (目的)

第1条 この要綱は、白井市が行う千葉県国民健康保険（以下「白井市国民健康保険」という。）の被保険者の人間ドック及び脳ドック（以下「人間ドック等」という。）に係る受検費用を一部助成することにより、疾病の早期発見及び早期治療に役立て、被保険者の健康保持・増進を図ることで、白井市国民健康保険の健全な運営に寄与することを目的とする。

### (定義)

第2条 この要綱において、次の各号に掲げる用語の意義は、当該各号に定めるところによる。

- (1) 人間ドック 疾病の予防及び早期発見を目的として総合的に行われる検査のうち、別表に定める検査項目を満たし、各医療機関において人間ドックと認めるものをいう。
- (2) 脳ドック 脳に係る疾病の予防及び早期発見を目的として行われる検査のうち、別表に定める検査項目を満たし、各医療機関において脳ドックと認めるものをいう。なお、追加オプション検査は、脳疾患に関係のある検査のみとする。
- (3) 契約医療機関 医療機関のうち人間ドック等の受検費用に係る助成金の代理受領につき、白井市と契約した医療機関をいう。
- (4) 特定健康診査 高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号。以下「法」という。）第20条に規定する特定健康診査のうち、白井市が実施するものをいう。
- (5) 質問票 白井市人間ドック質問票（国民健康保険）（別記第1号様式）をいう。ただし、あらかじめ白井市に承諾を得た契約医療機関で受検する場合は、当該契約医療機関が定める様式をいう。
- (6) 受検項目確認表 契約医療機関との契約において定め、白井市が発行する人間ドック等の受検項目及び第4条に規定する助成金の額が記載された様式をいう。

### (対象者)

第3条 助成の対象者は、次の各号の全てに該当する者とする。

- (1) 人間ドック等を受検する日において、年齢が満40歳以上の白井市国民健康保険の被保険者である者
- (2) 納期限の到来している白井市国民健康保険税を完納している世帯に属す

- る者
- (3) 当該年度において特定健康診査を受診していない者（人間ドックの受検者のみ）

#### **（助成金の額）**

第4条 人間ドック等の助成金の額は、次の各号に掲げる額とする。この場合において、当該額に100円未満の端数が生じたときは、これを切り捨てるものとする。

- (1) 人間ドック 受検に係る検査費用の2分の1に相当する額とし、当該額が2万円を超える場合は2万円を限度とする。
- (2) 脳ドック 受検に係る検査費用の2分の1に相当する額とし、当該額が2万円を超える場合は2万円を限度とする。

#### **（助成の制限）**

第5条 人間ドック等の助成は、当該年度に受検したものを対象とし、同一年度内に1回を限度とする。ただし、脳ドックについては、2箇年度連続して助成を受けることができない。

#### **（助成金の承認申請）**

第6条 人間ドック等の助成金の交付を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、白井市人間ドック等助成金承認申請書（別記第2号様式）をあらかじめ市長に提出しなければならない。ただし、市長が特に認めた場合は、人間ドック等の受検後において、提出することができる。

#### **（助成金の承認）**

第7条 市長は、前条の規定による申請があったときは、その内容を審査し、人間ドック等の助成の可否を決定し、当該申請者に白井市人間ドック等助成金承認書（別記第3号様式。以下「承認書」という。）又は白井市人間ドック等助成金不承認書（別記第4号様式）を交付するものとする。

#### **（契約医療機関における受検等）**

第8条 前条の規定により承認書の交付を受けた申請者（以下「助成承認者」という。）が、契約医療機関において人間ドック等を受検するときは、人間ドック等を受検する日に当該契約医療機関へ承認書、受検項目確認表及び被保険者証（以下「必要書類」という。）を提出しなければならない。

- 2 前項の規定により契約医療機関へ必要書類を提出した助成承認者は、人間ドック等に係る受検費用から受検項目確認表に記載された助成金の額を差し引いた額を当該契約医療機関に支払うものとする。この場合における助成金

の交付は、当該契約医療機関の代理受領によるものとし、当該助成承認者に助成金を交付したものとみなす。

- 3 第1項に規定する必要書類の確認ができない場合又は前項に規定する受検項目確認表に記載された助成金の額に変更が生じた場合は、助成承認者は人間ドック等に係る受検費用の全額を当該契約医療機関に支払うものとする。

#### **(契約医療機関以外の医療機関における受検等)**

第9条 助成承認者が、契約医療機関以外の医療機関において人間ドック等を受検するときは、人間ドック等に係る受検費用の全額を当該医療機関に支払うものとする。

#### **(助成金の交付請求)**

第10条 人間ドック等の助成金の交付請求の方法は、次の各号に掲げるとおりとする。

- (1) 第8条第1項の規定により助成承認者が契約医療機関へ必要書類を提出した場合は、当該契約医療機関が当該助成承認者に代わり、市長に助成金の交付請求を行うものとする。この場合において、当該契約医療機関が助成金の交付を受けようとするときは、白井市人間ドック等助成金交付代理請求書(別記第5号様式)に白井市人間ドック等助成金交付請求内訳書(別記第6号様式)及び受検項目確認表を添えて、市長に提出しなければならない。
  - (2) 第8条第3項の規定により契約医療機関に人間ドック等に係る受検費用の全額を支払った助成承認者が助成金の交付を受けようとするときは、白井市人間ドック等助成金交付請求書(別記第7号様式。以下「請求書」という。)に受検項目確認表及び領収書の写しを添えて、市長に提出しなければならない。
  - (3) 第9条の規定により契約医療機関以外の医療機関で受検した助成承認者が助成金の交付を受けようとするときは、請求書に領収書の写しを添えて、市長に提出しなければならない。
- 2 人間ドックの助成金の交付請求に当たっては、前項各号に定めるもののほか、当該医療機関が発行する検査結果報告書の写し(検査を実施した医師の氏名が記載されているもの。)及び質問票を提出しなければならない。

#### **(助成金の支払)**

第11条 市長は、前条の規定により助成金の交付請求があったときは、その内容を審査し、適当と認めるときは、速やかに助成金を当該交付請求した者に支払うものとする。

#### **(助成金の返還等)**

第12条 市長は、助成承認者が次の各号のいずれかに該当するときは、この要綱により契約医療機関に支払った当該助成承認者に係る助成金又は当該助成承認者に交付した助成金を当該助成承認者から返還させるものとし、助成金の支払いの前にこの事実が明らかになったときは、助成金の承認を取り消すとともに、当該助成承認者から承認書を返還させるものとする。

- (1) 第3条に規定する対象者としての要件を欠くに至ったとき。
- (2) 偽りその他不正な手段により人間ドック等の助成を受けたとき。
- (3) その他市長が不相当と認めるとき。

2 市長は、偽りその他不正な手段により助成金の支払いを受けた契約医療機関があるときは、当該契約医療機関に対し、その額を返還させるものとする。

#### (検査結果の利用)

第13条 第10条第2項の規定により提出された人間ドックの検査結果により、特定健康診査を受診したものとみなし、保健指導等に利用されるものとする。

#### (補則)

第14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、令和4年4月1日から施行する。

##### (白井市人間ドック等助成金交付要綱の廃止)

2 白井市人間ドック等助成金交付要綱（令和2年制定）は、廃止する。

##### (経過措置)

3 この要綱の施行の日前に廃止前の白井市人間ドック等助成金交付要綱の規定により、承認された人間ドック等助成金の交付については、なお、従前の例による。

##### (失効)

4 この要綱は、令和8年3月31日限り、その効力を失う。

#### 附 則

##### (施行期日)

1 この要綱は、令和5年4月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 この要綱の施行日前に改正前の白井市国民健康保険人間ドック等助成金交付要綱の規定により、承認された人間ドック等助成金の交付については、なお、従前の例による。

別表（第2条第1号及び第2号関係）

受検種別	検査項目	内容
人間ドック	身体計測	身長
		体重
		BMI
		腹囲（内臓脂肪面積）
	血圧	収縮期血圧
		拡張期血圧
	肝機能検査	AST（GOT）
		ALT（GPT）
		$\gamma$ -GT（ $\gamma$ -GTP）
	血中脂質検査	中性脂肪
		HDLコレステロール
		LDLコレステロール <sup>（注1）</sup>
		Non-HDLコレステロール <sup>（注1）</sup>
	血糖検査	空腹時血糖 <sup>（注2）</sup>
		HbA1c <sup>（注2）</sup>
	尿検査	尿糖
		尿蛋白
診察	既往歴	
	自覚症状	
	他覚症状	
質問項目	質問票に記入	
脳ドック	MR I	磁気共鳴断層撮影
	MR A	脳血管撮影

注1 LDLコレステロール、Non-HDLコレステロールのいずれか1項目を受検すること

注2 空腹時血糖、HbA1cのいずれか1項目を受検すること

白井市人間ドック質問票(国民健康保険)

氏名 \_\_\_\_\_

既往歴	下記の病気について、医師の治療を受けたものはありますか。(該当するものを○で囲んでください)					
	高血圧	無・有	【治療中・治療済・放置】	脳血管障害	無・有	【治療中・治療済・放置】
	脂質異常症	無・有	【治療中・治療済・放置】	貧血	無・有	【治療中・治療済・放置】
	糖尿病	無・有	【治療中・治療済・放置】	肝機能障害	無・有	【治療中・治療済・放置】
	痛風・高尿酸血症	無・有	【治療中・治療済・放置】	腎臓病	無・有	【治療中・治療済・放置】
	心筋梗塞・狭心症	無・有	【治療中・治療済・放置】	腰痛症	無・有	【治療中・治療済・放置】
	不整脈	無・有	【治療中・治療済・放置】			
	その他	無・有	【治療中・治療済・放置】(病名: _____)			

家族歴	血縁(親・兄弟姉妹)で下記の病気にかかった方がいますか。(該当する項目に✓してください)		
	<input type="checkbox"/> 特になし		
	<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 脂質異常症(高脂血症)	<input type="checkbox"/> 脳出血・脳梗塞・くも膜下出血
	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 狭心症・心筋梗塞	<input type="checkbox"/> 痛風・高尿酸血症

自覚症状	最近3か月間の様子をお答えください。(該当する項目に✓してください)					
	<input type="checkbox"/> 特になし					
	<input type="checkbox"/> 息苦しくなる【いつも・時々】	<input type="checkbox"/> 顔、手足のむくみ【いつも・時々】	<input type="checkbox"/> 手足のしびれ【いつも・時々】			
	<input type="checkbox"/> 胸がしめつけられる【いつも・時々】	<input type="checkbox"/> のどがひどく渇く【いつも・時々】	<input type="checkbox"/> けんたい感、疲労感【いつも・時々】			
	<input type="checkbox"/> どうき、息切れ【いつも・時々】	<input type="checkbox"/> めまい、立ちくらみ【いつも・時々】	<input type="checkbox"/> 尿の回数、量が多い【いつも・時々】			

質問項目 (該当するものを✓または○で選んでください)
-----------------------------

1	現在、血圧を下げる薬を服用していますか。	はい・いいえ
2	現在、インスリン注射または血糖を下げる薬を服用していますか。	はい・いいえ
3	現在、コレステロールや中性脂肪を下げる薬を服用していますか。	はい・いいえ
4	医師から、脳卒中(脳出血、脳梗塞等)にかかっていると言われたり、治療を受けたことがありますか。	はい・いいえ
5	医師から、心臓病(狭心症、心筋梗塞等)にかかっていると言われたり、治療を受けたことがありますか。	はい・いいえ
6	医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっていると言われたり、治療(人工透析など)を受けていますか。	はい・いいえ
7	医師から、貧血と言われたことがありますか。	はい・いいえ
8	現在、タバコを習慣的に吸っていますか。 ※今までに合計100本以上、または6か月以上吸ったことがあり、最近1か月間も吸っている場合。	はい・いいえ
9	20歳の時の体重から10kg以上増加していますか。	はい・いいえ
10	1回30分以上の軽く汗をかく運動を、週2日以上で1年以上実施していますか。	はい・いいえ
11	日常生活において、歩行または同等の身体活動を1日1時間以上実施していますか。	はい・いいえ
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して、歩く速度は速いですか。	はい・いいえ
13	食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか	<input type="checkbox"/> 何でもかんで食べることができる <input type="checkbox"/> 歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある <input type="checkbox"/> ほとんどかめない
14	人と比較して食べる速度は速いですか。	速い・普通・遅い
15	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ありますか。	はい・いいえ
16	朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか。	毎日・時々・ほとんど摂取しない
17	朝食を抜くことが週に3回以上ありますか。	はい・いいえ
18	お酒(清酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度はどれくらいですか。	毎日・時々・ほとんど飲まない
19	飲酒日の1日当たり飲酒量はどれくらいですか。(清酒に換算してお答えください) 清酒1合(180ml)の目安 : ビール中瓶1本(約500ml)、ウイスキーダブル1杯(60ml) 焼酎35度(80ml)、ワイン2杯(240ml)	1合未満・1~2合未満 2~3合未満・3合以上
20	睡眠で休養が十分とれていますか。	はい・いいえ
21	運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いませんか。	<input type="checkbox"/> 改善するつもりはない <input type="checkbox"/> 近いうちに(概ね1か月以内)改善するつもりであり、少しずつ始めている <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる(6か月以上) <input type="checkbox"/> 改善するつもりである <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる(6か月未満)(概ね6か月以内)
22	生活習慣の改善について保健指導を受ける機会があれば、利用しますか。	はい・いいえ

白井市人間ドック等助成金承認申請書

年 月 日

（宛先）白井市長

申請者 住 所  
氏 名  
電話番号

白井市人間ドック等助成金の承認を受けたいので、白井市国民健康保険人間ドック等助成金交付要綱第6条又は白井市後期高齢者医療人間ドック等助成金交付要綱第6条の規定により、下記のとおり申請します。

記

被保険者証番号	
生 年 月 日	年 月 日（受検予定日において 歳）
受 検 種 別	<input type="checkbox"/> 人間ドック <input type="checkbox"/> 脳ドック <input type="checkbox"/> 人間ドック・脳ドック
受 検 医 療 機 関	
受 検 予 定 日	年 月 日
特定健康診査等の受診（予定）の有無	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
同 意 事 項	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 契約医療機関で受検する場合において、必要書類の確認ができない場合又は受検項目確認表に記載された助成金の額に変更が生じた場合の助成金は償還払いによる支給となること。</li> <li>・ 契約医療機関が助成金の代理受領を行う場合において、当該助成金の受領を委任すること及び白井市が契約医療機関から検査結果報告書の写しの提供を受けること。</li> <li>・ 契約医療機関以外で受検した場合において、検査結果報告書の写しを提出すること。</li> <li>・ 検査結果は特定健康診査（後期高齢者の場合は後期高齢者健康診査）の受診とみなし、保健指導等に活用されること。</li> </ul>

	確認事項（国保）	確認事項（後期）
市 確 認 欄	<input type="checkbox"/> 受検予定日において、白井市国民健康保険被保険者であり、年齢が満40歳以上である。	<input type="checkbox"/> 受検予定日において、千葉県後期高齢者医療被保険者であり、白井市に住所を有している。
	<input type="checkbox"/> 国民健康保険税（納期到来分）を完納している。	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険料（納期到来分）を完納している。
	<input type="checkbox"/> 当該年度に特定健康診査を受診していない。	<input type="checkbox"/> 当該年度に後期高齢者健康診査を受診していない。
	<input type="checkbox"/> 人間ドック等の助成の制限を超えていない。	<input type="checkbox"/> 人間ドック等の助成の制限を超えていない。
判 定	<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認	（不承認の理由）



白井市人間ドック等助成承認書

白井市保指令第 号 -  
年 月 日

様

白井市長

年 月 日付けで申請のありました白井市人間ドック等受検費用の助成について、下記のとおり承認となりましたので、白井市国民健康保険人間ドック等助成金交付要綱第7条又は白井市後期高齢者医療人間ドック等助成金交付要綱第7条の規定により通知します。

記

被保険者証番号		
受検者	住所	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
受検種別		
受検予定日	年 月 日	
医療機関名		
有効期限	年 月 日	

《注意》

- 1 契約医療機関で人間ドック等を受検する場合は、この承認書、受検項目確認表、被保険者証を受検する医療機関の窓口へ提出してください。また、人間ドックを受検する方は質問票も併せて提出してください。
- 2 契約医療機関において、上記の必要書類が確認できない場合又は受検項目確認表に記載された助成金の額に変更が生じた場合の助成金は償還払いによる支給となります。
- 3 受検日において、白井市国民健康保険及び千葉県後期高齢者医療の被保険者でなくなった場合は、助成を受けることができません。
- 4 特定健診又は後期高齢者健康診査を受検した場合は、人間ドックに係る助成を受けることができません。
- 5 当該年度末までに受検されない場合は、この承認書は無効となります。
- 6 人間ドックと脳ドックを併用で受検した場合は、それぞれの金額明細が必要となります。

第4号様式（第7条関係）

白井市人間ドック等助成不承認書

第 号  
年 月 日

様

白井市長

年 月 日付けで申請のありました白井市人間ドック等受検費用の助成について、内容を審査した結果、下記の理由により不承認となりましたので、白井市国民健康保険人間ドック等助成金交付要綱第7条又は白井市後期高齢者医療人間ドック等助成金交付要綱第7条の規定により通知します。

記

被保険者証番号		
受検者	住所	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
受検種別		
不承認の理由		

第5号様式（第10条第1項第1号関係）

白井市人間ドック等助成金交付代理請求書

年 月 日

（宛先）白井市長

契約医療機関 所在地  
 名 称  
 代表者氏名

白井市人間ドック等助成金の交付を受けたいので、白井市国民健康保険人間ドック等助成金交付要綱第10条第1項第1号又は白井市後期高齢者医療人間ドック等助成金交付要綱第10条第1項第1号の規定により下記のとおり請求します。

記

請 求 年 月	年 月 分	保 険 種 別		国保・後期			
請 求 金 額	円	内 訳	人間ドック	円			
			脳ドック	円			
金 融 機 関 名	銀行・農業協同組合 信用金庫・信用組合		金融機関コード				
本・支店（所）名	本店・支店 支所・出張所		支店コード				
預 金 種 別	普通・当座		口座番号				
(フリガナ) 口座名義人							
添 付 書 類	<ul style="list-style-type: none"> <li>・白井市人間ドック等助成金交付請求内訳書（別記第6号様式）</li> <li>・受検項目確認表</li> <li>・質問票（人間ドックの受検者のみ）</li> <li>・検査結果報告書の写し（人間ドックの受検者のみ）</li> </ul>						

第6号様式（第10条第1項第1号関係）

白井市人間ドック等助成金交付請求内訳書

年 月 分（国保・後期） 契約医療機関名： \_\_\_\_\_

番号	被保険者証 番号	受検者名	受検日	受検種別	人間ドック 検査費用	脳ドック 検査費用	検査費用 合計 (A)	受検者 負担額 (B)	請求額 (助成金額) (A - B)
				合計	円	円	円	円	円

《備考》  
 検査種別の欄には、人間ドックは「人」、脳ドックは「脳」又は人間ドック及び脳ドックを受検した場合は「人脳」のいずれかを記入してください。

第7号様式（第10条第1項第2号及び第3号関係）

白井市人間ドック等助成金交付請求書

年 月 日

（宛先）白井市長

請求者 住 所  
氏 名  
電話番号

白井市人間ドック等助成金の交付を受けたいので、白井市国民健康保険人間ドック等助成金交付要綱第10条第1項第2号及び第3号又は白井市後期高齢者医療人間ドック等助成金交付要綱第10条第1項第2号及び第3号の規定により下記のとおり請求します。

記

請 求 金 額	円	内 訳	人間ドック	円			
			脳ドック	円			
金 融 機 関 名	銀行・農業協同組合 信用金庫・信用組合		金融機関コード				
本・支店（所）名	本店・支店 支所・出張所		支店コード				
預 金 種 別	普通・当座	口座番号					
（フリガナ） 口座名義人							
添 付 書 類	<ul style="list-style-type: none"> <li>・質問票（人間ドックの受検者のみ）</li> <li>・領収書の写し（人間ドックと脳ドックを併用で受検した場合それぞれの金額明細が必要）</li> <li>・検査結果報告書の写し（人間ドックの受検者のみ）</li> <li>・受検項目確認表（契約医療機関の受検者のみ）</li> </ul>						

請求者名義以外の口座に振り込む場合は、下記委任欄に記入及び押印してください。

委任欄	上記口座名義人を代理人と定め、人間ドック等助成金の受領を委任します。	
	委任者 （請求者）	住所 _____ 氏名 _____ (印)