

## 白井市人間ドック等助成金交付要綱

### (目的)

第1条 この要綱は、白井市国民健康保険被保険者及び千葉県後期高齢者医療被保険者（以下「被保険者」という。）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事業及び千葉県後期高齢者医療事業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 別表に定める検査項目について、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健康診査をいう。
- (2) 脳ドック 複数の検査等により、主として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健康診査をいう。

### (助成金の額)

第3条 助成金の額は、人間ドック等の受検に係る検査費用の2分の1に相当する額とし、当該額に100円未満の端数が生じるときは、これを切り捨てるものとする。ただし、当該額が2万円を超えるときは2万円を限度とする。

### (対象者)

第4条 助成の対象者は、次の各号のすべてに該当する者とする。

- (1) 受検日において、白井市に住所を有している被保険者（住所地特例者を含む）
- (2) 受検日において、年齢が満40歳以上である者
- (3) 納期限の到来している白井市国民健康保険税及び千葉県後期高齢者医療保険料を完納している世帯に属している者
- (4) 人間ドックの受検者については、当該年度において高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）第20条に規定する特定健康診査又は同法第125条に規定する健康診査（以下「特定健康診査等」という。）を受診していない者

(助成の制限)

第5条 人間ドック等の助成は、当該年度の3月末までに受検したものを対象とし、人間ドック及び脳ドックそれぞれ同一年度内に1回を限度とする。ただし、脳ドックの助成については、2箇年度連続して受けることができない。

(申請)

第6条 人間ドック等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申請書（別記第1号様式）に必要事項を記載のうえ、白井市が交付する国民健康保険被保険者証又は千葉県後期高齢者医療被保険者証を添えて市長に申請しなければならない。

(承認等)

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、白井市人間ドック等助成（承認・不承認）書（別記第2号様式）を当該申請者に交付するものとする。

(交付請求)

第8条 前条の承認を受け、人間ドック等を受検した申請者が助成金の交付を受けようとするときは、速やかに白井市人間ドック等助成金交付請求書（別記第3号様式）及び受検費用の領収書の写しを提出して市長に請求しなければならない。

2 人間ドックを受検した者は、前項に定めるもののほか、受検医療機関が発行する診断結果報告書（健康診査を実施した医師の氏名の記載があるもの。）の写し及び白井市人間ドック等助成質問票（別記第4号様式）を提出しなければならない。

(助成金の支払)

第9条 市長は、前条の請求があった場合は、その内容を審査し、速やかに助成金を支払うものとする。

(承認の取り消し等)

第10条 市長は、申請者が次の各号のいずれかに該当すると認めるときは、助成の承認を取り消すことができる。この場合において、既に助成金が申請者に支払われているときは、当該助成金の額に相当する金額の全部又は一部を当該申請者から返還させることができる。

(1) 第4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) 第8条に規定する交付請求に必要な書類を提出しないとき。
- (3) 偽りその他不正な手段により助成金の交付を受けたとき。

(検査結果の利用)

第11条 市長は、申請者の同意があった場合に限り、人間ドックの結果をもって特定健康診査等を受診したものとみなし、申請者の保健指導等に利用することができる。

(補則)

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28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。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、平成29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。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、平成30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。

(失効)

- 3 この要綱は、平成35年3月31日限り、その効力を失う。

別表（第2条関係）

検査項目	
1. 身体計測	
	身長
	体重
	BMI
	肥満度
	腹囲
2. 尿検査	
	尿蛋白
	尿糖
3. 循環器	
	血圧
	心電図検査（※1）
	眼底検査（※1）
4. 肝機能検査	
	AST（GOT）
	ALT（GPT）
	γ-GT（γ-GTP）
5. 脂質検査	
	HDLコレステロール
	LDLコレステロール（※3）
	Non-HDLコレステロール（※3）
	中性脂肪
6. 糖代謝検査（※2）	
	血糖
	HbA1c
7. 腎機能検査	
	血清クレアチニン検査（※1）
	eGFR（※1）
8. 貧血検査（※1）	
9. 診察	

※1 医師等の指示により受検した場合とする。

※2 血糖、HbA1cのいずれか1項目以上を受検すること。

※3 LDLコレステロール、Non-HDLコレステロールのいずれか1項目以上を受検すること。

第1号様式（第6条関係）

白井市人間ドック等助成金申請書

年 月 日

（宛先）白井市長

住 所  
氏 名

（自署の場合は押印不要）

電 話

白井市人間ドック等受検費用助成を受けたいので、白井市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 の記号番号	
生 年 月 日	年 月 日（ 歳） 男 ・ 女
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  (該当する□にレを記入してください。)
受 検（ 予 定） 医 療 機 関 名	
受 検（ 予 定） 日	年 月 日
同 意 事 項	1. 診断結果報告書（健康診断を実施した医師の氏名の記載のあるもの）を提出すること。 2. 助成金交付請求書と併せて領収書（写し）及び質問票を提出すること。 3. 必要に応じて検査結果を保健指導等に活用すること。

（市役所記入欄）

確 認 事 項			
受検日現在、40歳以上であるか		可 ・ 否	
受検日現在、被保険者であるか		可 ・ 否	
納期到来分の国民健康保険税及び後期高齢者医療保険料を完納しているか		可 ・ 否	
当年度は、1回目の受検であるか		可 ・ 否	
人間ドック		脳ドック	
当年度の特定健康診査等は未受検であるか	可・否	前年度・当年度の脳ドックは未受検であるか	可・否
判 定	<input type="checkbox"/> 承 認 <input type="checkbox"/> 不承認		
(不承認の理由)			

第2号様式（第7条関係）

白井市人間ドック等助成（承認・不承認）書

白井市保指令第 号一  
年 月 日

様

白井市長 印

年 月 日付けで申請のあっ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・不承認）します。

記

承認	被保険者証の記号番号		
	受検者	住所	
		氏名	
	本書の有効期限		
不承認	理由		

《備考》

1. 受検医療機関の指定はありません。
2. 受検時点において、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、助成の対象外となります。
3. 当該年度において特定健康診査等を受検した場合は、人間ドックに係る助成は受けられません。
4. 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。
5. 受検後は、すみやかに人間ドック等の受検に要した費用の領収書等と併せて人間ドック等助成金交付請求書（第3号様式）を提出してください。
6. 助成金交付時に国民健康保険税、後期高齢者医療保険料に未納（納期到来分）がある場合は、助成の対象外となります。

※人間ドックと脳ドックを併用で受検した場合は、それぞれの検査料の金額明細が必要となります。

第3号様式（第8条第1項関係）

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

住 所  
氏 名 印

年 月 日付け白井市保指令第 号 で承認を受けました白井市人間ドック等助成金について、白井市人間ドック等助成金交付要綱第8条第1項の規定により下記のとおり請求します。

1. 請求金額 金 \_\_\_\_\_ 円 記

〔内訳 人間ドック助成 \_\_\_\_\_ 円  
脳ドック助成 \_\_\_\_\_ 円〕

2. 受取金融機関

1. 金融機関 (ゆうちょ銀行を除く。)	銀行・信用金庫 信用組合・農協		本店・支店 出張所・支所	
	金融機関コード	支店コード	預金種類	口座番号(右づめ)
			普通・当座・貯蓄	
2. ゆうちょ銀行	店 番		預金種目	口座番号(右づめ)
			普通預金	
3. 口座名義	フリガナ			

振込口座名義が請求者と異なる場合は、下の欄を記入してください。

委 任 欄	上記の口座名義人に対し、人間ドック等助成金の受領を委任します。  請求者氏名 _____ 印
-------------	--

4. 添付資料

- 検査費用の領収書（写し）  
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です。
- 人間ドックを受検した場合は、検査医療機関が発行する診断結果報告書（健康診断を実施した医師の氏名の記載のあるもの）の写しと質問票（第4号様式）



# 白井市人間ドック等助成質問票

氏名 \_\_\_\_\_

<b>既往歴</b>	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	有・無	【治療中・治療済・放置】	脳血管障害	有・無	【治療中・治療済・放置】
	脂質異常症	有・無	【治療中・治療済・放置】	貧血	有・無	【治療中・治療済・放置】
	糖尿病	有・無	【治療中・治療済・放置】	肝機能障害	有・無	【治療中・治療済・放置】
	痛風・高尿酸血症	有・無	【治療中・治療済・放置】	腎臓病	有・無	【治療中・治療済・放置】
	心筋梗塞・狭心症	有・無	【治療中・治療済・放置】	腰痛症	有・無	【治療中・治療済・放置】
不整脈	有・無	【治療中・治療済・放置】	その他	有・無	【治療中・治療済・放置】	
<b>家族歴</b>	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"/> 脳出血・脳梗塞・くも膜下出血	
	<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 脂質異常症(高脂血症)				
	<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		
<b>自覚症状</b>	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"/> 手足のしびれ【いつも・時々】	
	<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"/> けんたい感、疲労感【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"/> のどがひどく渴く【いつも・時々】		<input type="checkbox"/> 尿の回数、量が多い【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】			
<b>質 問 項 目</b> (該当するものを○で囲んでください)						
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、治療を受けたことがありますか。					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ヶ月以上吸ったことがあり、最近1ヶ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"/> 何でもかんでたべることができる <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。					早い・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。					はい・いいえ
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)				
(該当する項目に✓してください)						
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