

白井市後期高齢者医療人間ドック等助成金交付要綱

(目的)

第1条 この要綱は、千葉県後期高齢者医療制度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、千葉県後期高齢者医療制度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) 後期高齢者健康診査 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125条第1項に規定する健康診査のうち、白井市が実施するものをいう。
- (5) 質問票 千葉県後期高齢者健康診査で使用される質問内容を考慮し白井市が作成した様式をいう。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、千葉県後期高齢者医療の被保険者である者
- (2) 白井市に住所を有している又は白井市から住所地特例の適用を受けている者
- (3) 納期限の到来している千葉県後期高齢者医療保険料を完納している者
- (4) 当該年度において後期高齢者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1万円を超える場合は1万円を限度とする。

(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1万円を超える場合は1万円を限度とする。

(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。

(受検項目確認表の交付申請)

第6条 契約医療機関の代理受領により助成金の交付を受けようとする者は、白井市人間ドック等助成金受検項目確認表交付申請書(別記第1号様式)をあらかじめ市長に提出しなければならない。

(受検項目確認表の交付)

第7条 市長は、前条の規定による申請があったときは、受検予定日において助成の対象者であることが見込まれる時は、受検項目確認表を交付するものとする。

(受検項目確認表の返還)

第8条 前条の規定により、受検項目確認表の交付を受けたものは、人間ドック等を受検する前に第3条に規定する対象者としての要件を欠くことが明らかになったときは、速やかに市長にその旨申し出るとともに、受検項目確認表を返還しなければならない。

(契約医療機関における受検等)

第9条 前条の規定により受検項目確認表の交付を受けた者が、人間ドック等を受検するときは、当該契約医療機関へ受検項目確認表を提出しなければならない。ただし、第8条第3項の規定により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場合にはこの限りではない。

2 前項の規定により受検した者は、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、当該助成対象者に助成金を交付したものとみなす。

3 人間ドック等を受検するときに受検項目確認表の提出ができない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、受検した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。ただし、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については、当該契約医療機関が市の承認を得て受検項目確認表に記載された助成金の額を訂正した場合にはこの限りではない。

(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) 前条第1項の規定により契約医療機関へ受検項目確認表が提出されている場合は、当該契約医療機関が代理し、助成金の交付請求を行うものとする。この場合において、当該契約医療機関は、白井市人間ドック等助成金交付代理請求書（別記第2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3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4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) その他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（検査の結果を判定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。また、不適当と認めたときは、支給しない旨を通知するものとする。

(助成金の返還等)

- 第12条 市長は、助成金の交付を受けた者が次の各号のいずれかに該当するときは、この要綱により交付した助成金を当該助成金の交付を受けた者から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) その他市長が不適当と認めるとき。
- 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 削除

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後期高齢者医療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、令和6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後期高齢者医療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、令和10年3月31日限り、その効力を失う。

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
	血圧	収縮期血圧
		拡張期血圧
	肝機能検査	AST（GOT）
		ALT（GPT）
		γ-GT（γ-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 ^{（注1）}
		Non-HDLコレステロール ^{（注1）}
	血糖検査	空腹時血糖 ^{（注2）}
		HbA1c ^{（注2）}
	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

白井市人間ドック等助成金受検項目確認表交付申請書

年 月 日

（宛先）白井市長

申請者 住 所
氏 名
電話番号

契約医療機関の代理受領により白井市人間ドック等助成金の交付を受けたいので、下記同意事項に同意し、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"> ・契約医療機関に受検項目確認表の提出ができない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。 ・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。 ・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。 ・助成対象者としての要件を欠いたときは、速やかに受検項目確認表を返還すること。また、すでに助成金の交付を受けており受検項目確認表の返還ができない場合においては、速やかに助成金を返還すること。

	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"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	(交付不可の理由)

第2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号及び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						
請 求 金 額	円	内 訳	国 保	円			
			後 期	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"> ・白井市人間ドック等助成金交付請求内訳書（別記第3号様式） ・受検項目確認表 ・質問票（人間ドックの受検者のみ） ・検査結果報告書の写し（人間ドックの受検者のみ） 						

第3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				件	円	円	円	円	円

《備考》

内訳書は国保と後期でそれぞれ作成してください。

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4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"> ・質問票（人間ドックの受検者のみ） ・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記載されたもの） ・検査結果報告書の写し（人間ドックの受検者のみ） ・受検項目確認表（交付を受けている者のみ） 			

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)