

東浦町国民健康保険被保険者に係る検診助成要領

(目的)

第1条 この要領は、東浦町国民健康保険の被保険者（以下「被保険者」という。）ががん検診等（東浦町が実施するものに限る。）、人間ドック、脳ドック、総合ドック及び「あいち健康プラザ」の健康教室（以下「がん検診等」という。）を受診し、又は受講した場合、その費用の全部又は一部を助成することにより、疾病の予防、早期発見及び早期治療を図り、もって被保険者の健康管理に対する自覚を深めることを目的とする。

(定義)

第2条 この要領において、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 医療機関等で行う、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かつ精密な健康診断であって、別表第1に規定する検査項目を全て含むものをいう。
- (2) 脳ドック 医療機関等で行う、疾病の予防及び早期発見を目的とした総合的かつ精密な健康診断であって、主に脳を対象としたものをいう。
- (3) 総合ドック 人間ドック及び脳ドックを合わせて行う健康診断をいう。

(助成の対象)

第3条 助成の対象となる被保険者、がん検診等及び助成額は、別表第2のとおりとする。

(助成の申請)

第4条 被保険者ががん検診等の受診をし、検診費用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、国民健康保険検診助成金交付申請書（様式第1）に次に掲げる書類を添えて、受診した日の翌日から起算して1年以内に町長に提出するものとする。

(1) 領収書

(2) 人間ドック又は総合ドックを受診した場合は、その検査結果が分かるものの写し

- 2 がん検診等実施機関が、がん検診等の費用の徴収を前条の被保険者より行わなかった場合における当該被保険者に係る助成金の交付は、当該実施機関が、国民健康保険検診助成金交付申請書（様式第2）に、町長が必要と認める書類を添えて提出するものとする。ただし、東浦町ががん検診等実施機関のときは、東浦町からの請求により支払うものとする。

(助成金の交付決定)

第5条 町長は、前条第1項又は第2項の規定による申請を受けたときは、その内容を審査し、適当と認められるときは助成金の額を決定し、国民健康保険検診助成金交付決定通知書（様式第3）により申請者に通知するものとする。

- 2 前項の審査の結果、適当と認められないときは、国民健康保険検診助成金不交

付決定通知書（様式第4）により申請者に通知するものとする。

（助成金の交付決定の取消及び助成金の返還）

第6条 町長は、前条の規定により助成金を交付した者が次の各号のいずれかに該当したときは、同条第1項の決定を取り消し、交付した助成金の全部又は一部を返還させることができる。

（1）人間ドック又は総合ドックを受診した年度と同一年度内に東浦町が実施する特定健康診査（以下「特定健康診査」という。）を受診したとき

（2）虚偽その他の不正な手段で助成金を受給した場合

2 町長は、前項の規定により助成金の交付決定を取消し、助成金の返還をさせるときには、国民健康保険検診助成金交付決定取消兼返還請求通知書（様式第5）により通知するものとする。

（雑則）

第7条 この要領に定めるもののほか、必要な事項は町長が定める。

附 則

この要領は、平成6年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成7年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成11年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成17年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成18年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成19年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成22年1月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成22年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成25年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成26年6月1日から施行する。

附 則

1 この要領は、平成30年4月1日から施行する。

2 この要領による改正後の東浦町国民健康保険被保険者に係る検診助成要領の規定は、平成30年4月1日以後に受診したがん検診等に係る助成について適用する。

附 則

- 1 この要領は、平成31年4月1日から施行する。
- 2 この要領による改正後の東浦町国民健康保険被保険者に係る検診助成要領の規定は、平成31年4月1日以後に受診した東浦町国民健康保険被保険者に係る検診助成要領第1条に規定するがん検診等に係る助成について適用する。

附 則

この要領は、令和3年4月1日から施行する。

附 則

- 1 この要領は、令和6年12月2日から施行する。
- 2 この要領の施行の際、この要領による改正前の東浦町国民健康保険被保険者に係る検診助成要領の規定に基づいて作成されている申請書は、当分の間、この要領による改正後の東浦町国民健康保険被保険者に係る検診助成要領の規定にかかわらず、使用することができる。

別表第1（第2条関係）

区分	検査項目
問診	質問票、既往歴、自覚症状
計測	身長、体重、BMI、腹囲、血圧
診察	理学的所見（医師の診察）
血液	中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール、AST（GOT）、ALT（GPT）、 γ -GT（ γ -GTP）、血糖、HbA1c、貧血（赤血球）
尿	蛋白、糖、潜血

別表第2（第2条関係）

種類		対象者 （がん検診等を受診し、又は受講した日において被保険者であった者に限る。）	助成額
東浦町が実施するがん検診等（保健センターで申込みをするものに限る。）	胃がん	40歳以上の者	東浦町に支払うべきがん検診等の自己負担額
	大腸がん	40歳以上の者	
	子宮頸がん	20歳以上の女性	
	乳がん	40歳以上の女性	
	骨粗鬆症	40歳、45歳、50歳、55歳、60歳、65歳及び70歳の女性	
	前立腺がん	50歳以上の男性	
	胃がん（医療機関検診）	40歳以上の者	

総合ドック	<p>総合ドックを受診した者で、次のいずれにも該当しないもの</p> <p>(1) 人間ドック及び脳ドックの受診に対してこの要領に規定する助成金の交付決定を受けた者</p> <p>(2) 特定健康診査を受診し、かつ、脳ドックの受診に対してこの要領に規定する助成金の交付決定を受けた者</p>	<p>受診に要した費用（20,000円を上限とする。ただし、特定健康診査を受診した場合及び人間ドック又は脳ドックの受診に対してこの要領に規定する助成金の交付決定を受けた場合は、10,000円を上限とする。）</p>
人間ドック	<p>特定健康診査を受診していない者で、かつ、総合ドックの受診に対してこの要領に規定する助成金の交付決定を受けていない者</p>	<p>受診に要した費用（10,000円を上限とする。）</p>
脳ドック	<p>総合ドックの受診に対してこの要領に規定する助成金の交付決定を受けていない者</p>	
「あいち健康プラザ」の健康教室 (保健センターで受講料を支払うものに限る。)	20歳以上の者	受講料の4分の1以内の額

※各助成は、受診日を基準とし、同一年度内1回に限る。

様式第1（第4条関係）

国民健康保険検診助成金交付申請書

被 保 険 者 記 号 ・ 番 号		検 診 を 受 け た 者	
生 年 月 日	年 月 日	世 帯 主 と の 続 柄	
検 診 を 受 け た 医 療 機 関	住 所		
	医 療 機 関 名		
検 診 期 間	年 月 日 から 年 月 日 まで		
検 診 の 種 類	総合ドック ・ 人間ドック ・ 脳ドック		
検診に要した費用			
<p>検診助成金の交付を受けるため、必要書類を添えて助成金を申請します。</p> <p>また、総合ドック又は人間ドックを受診した年度と同一年度内に東浦町が実施する特定健康診査は、受診していません。</p> <p>なお、申請に当たっては、以下の事項に同意します。</p> <p>1 総合ドック又は人間ドックの検診助成金を申請する場合は、検査結果を東浦町へ提供すること。</p> <p>2 総合ドック又は人間ドックを受診した年度と同一年度内に東浦町が実施する特定健康診査を受診した場合は、助成金の全部又は一部を返還すること。</p> <p>年 月 日</p> <p>東 浦 町 長</p> <p style="text-align: right;">世帯主 住所 氏名 電話番号</p>			

様式第2（第4条関係）

国民健康保険検診助成金交付申請書

年 月 日

東 浦 町 長

住所
氏名

次のとおり、必要書類を添えて申請します。

検診を受けた人数	
検診日	年 月 日
内容	
助成金	円

添付資料

受診者名簿

様式第3（第5条関係）

第 号
年 月 日

様

東浦町長

印

国民健康保険検診助成金交付決定通知書

年 月 日付で交付申請のあった国民健康保険検診助成金については、次のとおり交付を決定したので、東浦町国民健康保険被保険者に係る検診助成要領第5条の規定により通知します。

検診を受けた被保険者氏名	
交 付 決 定 額	
支 払 予 定 年 月 日	
支 払 方 法	
備 考	

様式第4（第5条関係）

第 号
年 月 日

様

東浦町長

㊟

国民健康保険検診助成金不交付決定通知書

年 月 日付けで交付申請のあった国民健康保険検診助成金については、次のとおり不交付としたので、東浦町国民健康保険被保険者に係る検診助成要領第5条の規定により通知します。

検診を受けた被保険者氏名	
理由	1 特定健康診査との重複受診のため 2 受診内容の不備のため 3 東浦町国民健康保険の資格喪失等のため 4 その他
備考	

様式第5（第6条関係）

第 号
年 月 日

様

東浦町長

㊟

国民健康保険検診助成金交付決定取消兼返還請求通知書

年 月 日付け 第 号で決定した国民健康保険検診助成金については、次のとおり交付決定を取り消すこととなったので、東浦町国民健康保険被保険者に係る検診助成要領第6条の規定により通知し、検診助成金を返還することを請求します。

検診を受けた被保険者氏名	
交付決定取消理由	
交付決定額	円
返還請求金額	円
返還期限	
納付方法	
備考	