

## 茨木市国民健康保険人間ドック等助成事業実施要綱

### (目的)

第1 この要綱は、本市の国民健康保険の被保険者（以下「被保険者」という。）に対し、人間ドック又は脳ドックの受診に要する費用（以下「受診費用」という。）の一部を助成することにより、疾病の早期発見及び早期治療を促進し、並びに生活習慣病を予防し、もって被保険者の健康の保持を図ることを目的とする。

### (定義)

第2 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 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査をいう。
- (2) 脳ドック 脳疾患の予防及び早期発見を目的とした健康診査をいう。

### (助成対象者)

第3 受診費用の助成の対象者は、別表第1に掲げる全ての項目（第3において「人間ドック検査項目」という。）を実施する人間ドック又は別表第2に掲げる全ての項目（第3において「脳ドック検査項目」という。）を実施する脳ドックを受診した次の各号のいずれにも該当する者とする。

- (1) 人間ドック又は脳ドックを受診する日の属する年度において40歳以上かつ受診する日において74歳以下の被保険者であること。
- (2) 第6の規定による申請のあった日において納期が到来している茨木市国民健康保険の保険料を完納している世帯に属する者であること。
- (3) 人間ドックを受診する場合においては、受診する年度において、本市が実施する高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号。次号において「法」という。）第18条第1項に規定する特定健康診査を受診していないこと。
- (4) 人間ドック又は脳ドックの受診結果を、法第18条第1項に規定する特定保健指導その他の保健事業に、市及び大阪府国民健康保険団体連合会が利用することに同意する者であること。
- (5) 受診する健康診査に人間ドック検査項目又は脳ドック検査項目が全て含まれていることを、自ら確認することに同意する者であること。

### (助成額及び回数)

第4 受診費用の助成金の額は、受診費用の額又は20,000円のいずれか少ない額とする。

2 受診費用の助成の回数は、助成対象者1人につき、人間ドック及び脳ドックにお

いてそれぞれ1年度に1回を限度とする。

(受診の方法等)

第5 受診費用の助成を受けようとする者は、医療機関等において人間ドック又は脳ドックを受診し、その費用の全額を支払わなければならない。

(助成金の交付申請等)

第6 受診費用の助成を受けようとする者は、人間ドック又は脳ドックを受診した日から起算して1年を経過した日までに、茨木市国民健康保険人間ドック等助成金交付申請書兼請求書(様式第1号)に次に掲げる書類を添付して市長に提出し、助成金の交付の申請及び請求をしなければならない。

(1) 受診費用の領収書

(2) 受診結果の写し

(3) 質問票の写し

2 前項の場合において、申請者は、市長に対し、自己が当該申請に係る本人であることを証明する書類を提示し、又は提出しなければならない。

3 市長は、前項の規定による申請があったときは、その内容を審査し、予算の範囲内において助成金の交付の可否を決定し、申請者に対し、茨木市国民健康保険人間ドック等助成金交付(不交付)決定通知書(様式第2号)により通知するものとする。

4 前項の場合において、市長は、助成金の交付決定をしたときは、申請者に対し当該助成金を交付する。

(助成金の返還等)

第7 市長は、助成金の交付を受けた者が、この要綱に違反したとき又は虚偽その他不正な行為により助成金の交付を受けたときは、既に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。

(特定保健指導等の実施)

第8 市長は、第6第1項第2号の受診結果に基づき、必要に応じて特定保健指導その他の保健事業を実施するものとする。

(その他)

第9 この要綱に定めるもののほか、受診費用の助成について必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この要綱は、平成27年4月1日から実施する。

附 則

(実施期日)

- 1 この要綱は、平成29年4月1日から実施する。

(経過措置)

- 2 この要綱の実施の際、この要綱による改正前の茨木市国民健康保険人間ドック等助成事業実施要綱によって定められていた様式による用紙がある場合には、当分の間所要の調整をして、これを使用することを妨げない。

附 則

(実施期日)

- 1 この要綱は、平成30年4月1日から実施する。

(経過措置)

- 2 この要綱の実施の際、この要綱による改正前の茨木市国民健康保険人間ドック等助成事業実施要綱によって定められていた様式による用紙がある場合には、当分の間所要の調整をして、これを使用することを妨げない。

附 則

(実施期日)

- 1 この要綱は、令和元年5月1日から実施する。

(経過措置)

- 2 この要綱の実施の際、この要綱による改正前の茨木市国民健康保険人間ドック等助成事業実施要綱によって定められていた様式による用紙がある場合には、当分の間所要の調整をして、これを使用することを妨げない。

附 則

(実施期日)

- 1 この要綱は、令和5年4月1日から実施する。

(経過措置)

- 2 この要綱の実施の際、この要綱による改正前の茨木市国民健康保険人間ドック等助成事業実施要綱によって定められていた様式による用紙がある場合には、当分の間所要の調整をして、これを使用することを妨げない。

別表第1（第3関係）

| 区分     | 項目  |
|--------|---|
| 身体計測   | 身長、体重、BMI、腹囲（実測）  |
| 問診・診察  | 既往歴、自覚症状、他覚症状   |
| 生理学的検査 | 血圧測定（原則2回測定値と平均値）   |
| 生化学検査  | HDLコレステロール、LDLコレステロール又はnon-HDLコレステロール、中性脂肪、AST（GOT）、ALT（GPT）、 $\gamma$ -GT（ $\gamma$ -GTP）、空腹時血糖又は随時血糖、HbA1c（NGSP値） |
| 尿検査    | 尿蛋白、尿糖  |
| 質問票    | 厚生労働省作成「標準的な健診・保健指導プログラム【平成30年度版】」第2編別紙3「標準的な質問票」に記載されている項目の全て（特定健康診査質問票項目）   |
| 医師の判断  | 医師の判断（判定）、健康診査を実施した医師の氏名  |

別表第2（第3関係）

| 区分   | 項目           |
|------|--------------|
| 頭部検査 | 頭部MRI及び頭部MRA |

（提出先）茨木市長

茨木市国民健康保険人間ドック等助成金交付申請書兼請求書

次のとおり、人間ドック等助成事業に係る助成金の交付を必要書類を添えて申請し、及び請求します。

|               |                       |   |                                |       |
|---------------|-----------------------|---|--------------------------------|-------|
| 申請者           | 氏名<br>※自署の場合は<br>押印不要 | ⑩   | 電話番号                           | ( ) - |
|               | 住所                    | 茨木市   |                                |       |
| 受診者・<br>受診内容等 | 氏名                    | (□申請者と同じ)   | 被保険者<br>証番号                    | 茨国    |
|               | 希望する助成                | □人間ドック □脳ドック □人間ドック及び脳ドック   |                                |       |
|               | 受診年月日                 | [人間ドック]<br>令和 年 月 日   | [脳ドック] (□人間ドックと同じ)<br>令和 年 月 日 |       |
|               | 受診医療<br>機関等名          | [人間ドック]   | [脳ドック] (□人間ドックと同じ)             |       |
| 請求金額          | 万 千 百 十 一 円           | ※人間ドック・脳ドックともに、上限2万円<br>(医療機関等での支払額がそれぞれ2万円を下回るとき<br>は、その支払額が上限。) |                                |       |

振込口座

| ゆうちょ銀行以外の金融機関   |                     |                       |                 |                  |
|---|---------------------|-----------------------|-----------------|------------------|
| 金融機関名   | 支店名                 | 分類                    | 口座番号            | 口座名義※1           |
| 1.銀行 2.金庫 3.信組 4.信連   | 5.農協 6.漁協 7.信漁連     | 1.普通 2.当座             | (右詰め)で記入してください。 | (フリガナ)           |
|   | 支店コード               |                       |                 |                  |
| ゆうちょ銀行の通常貯金(総合口座)   |                     |                       |                 |                  |
| 貯金通帳の見開き左上又はキャッシュカード<br>に記載された記号・番号を記入してください。<br>(※2 6桁目がある場合のみ記入してください。) | 記号<br>(左詰め)でお書きください | 番号<br>(右詰め)で記入してください。 |                 | 口座名義※1<br>(フリガナ) |
|   | 1 0 - ※2            |                       |                 |                  |

※1 受診者と、口座名義もしくは申請者またはその両方が異なる場合は、委任状の添付が必要です。

必要書類

- 1 受診費用の領収書（原本）
- 2 受診結果の写し
- 3 質問票の写し（脳ドックのみの助成を希望する場合は不要）
- 4 本人確認書類（マイナンバーカード（写しの場合は表面に限る）、茨木市国民健康保険被保険者証等。窓口持参の場合は提示、郵送の場合は写しを添付。）

|    |
|----|
| 受付 |
|    |

**助成には要件があります。**  
**裏面の注意事項を確認のうえ、申請及び請求してください。**

(裏面)

## 【 茨木市国民健康保険人間ドック等助成金交付申請及び請求に係る注意事項 】

### 1 申請書の記入について ※使用不可とした方法で作成された場合、書き直していただくことがあります。

- (1) 黒または青色のボールペンで丁寧に記入してください。ただし、消せるボールペンは使用不可です。
- (2) 一度記入した内容を訂正するときは、その部分に二重線を引き、訂正印を押して(もしくは、二重線の横にフルネームで署名して)、正しい内容をその近くに記入してください。修正液や修正テープは使用不可です。
- (3) 押印には、朱肉を用いる印鑑を使ってください。スタンプ印は使用不可です。なお、申請者の署名がある場合は、押印は不要です。

### 2 助成要件について ※助成を受けることができるのは、全ての要件を満たしている方です。

- (1) 人間ドック又は脳ドックを受診する日の属する年度において40歳以上かつ受診する日において74歳以下の被保険者であること。
- (2) 交付申請日において納期が到来している茨木市国民健康保険の保険料を完納している世帯に属する者であること。
- (3) 人間ドックを受診する場合においては、受診する年度において、本市が実施する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18条第1項に規定する特定健康診査を受診していないこと。
- (4) 人間ドック又は脳ドックの受診結果を、法第18条第1項に規定する特定保健指導その他の保健事業に、市及び大阪府国民健康保険団体連合会が利用することに同意する者であること。
- (5) 受診する健康診査に人間ドック検査項目又は脳ドック検査項目が全て含まれていることを、自ら確認することに同意する者であること。

### 3 助成金額等について

- (1) 人間ドック助成及び脳ドック助成を両方申請するときは、助成金額は最大で4万円です。ただし、各ドックの医療機関等での支払額がそれぞれ2万円を下回るときは、そのドックについては、支払額が上限となります。

(例)

| 検査項目  | 医療機関等での支払額 |   | 請求上限金額  |
|-------|------------|---|---------|
| 人間ドック | 40,000円    | ⇒ | 20,000円 |
| 脳ドック  | 16,000円    |   | 16,000円 |
| 計     | 56,000円    |   | 36,000円 |

- (2) 各医療機関での基本的なドックと同時に実施した場合でも、追加(オプション)的な検査は助成対象外です。

(例)

| 検査項目   | 医療機関等での支払額 | 助成対象 | 請求上限金額  |
|--------|------------|------|---------|
| 人間ドック  | 18,000円    | ○    | 18,000円 |
| 胃内視鏡検査 | 7,000円     | ×    | —       |
| 肺CT検査  | 20,000円    | ×    | —       |
| 計      | 45,000円    | ⇒    | 18,000円 |

ただし、基本的なドックに複数の検査が含まれていて、それぞれに要する費用が一体となっている場合は、その全額が助成対象となります。

(例)

| 検査項目               | 医療機関等での支払額 | 助成対象 | 請求上限金額  |
|--------------------|------------|------|---------|
| 人間ドック<br>(胃内視鏡コース) | 25,000円    | ○    | 20,000円 |
| 肺CT検査              | 20,000円    | ×    | —       |
| 計                  | 45,000円    | ⇒    | 20,000円 |

- (3) 「人間ドック」「脳ドック」以外の名称であっても、各ドックの助成対象検査項目を全て満たすときは助成対象となります。
- (4) 助成回数は、助成対象者1人につき、人間ドック及び脳ドックにおいてそれぞれ1年度に1回のみです。

### 4 添付書類について

- (1) **【受診費用の領収書】** 領収書原本が手元に必要な場合であっても、必ず、一度原本を提出してください。返却を希望する場合は、健康づくり課で写しをとり、原本を返却します。
- (2) **【受診結果】** 助成対象の各検査項目については、数値や陽性・陰性の別などの結果の提出が必要です。医師等による判定のみでは交付決定できません。
- (3) **【質問票】** 医療機関等の問診票等の書式の場合、特定健康診査質問票22項目を全て含むものであれば、添付書類として使用できます。

様式第2号（第6関係）

茨木市指令 第 号

住所

氏名

様

茨木市国民健康保険人間ドック等助成金交付（不交付）決定通知書

令和 年 月 日付けで申請のあった茨木市国民健康保険人間ドック等助成金について、次のとおり決定しましたので通知します。

1 申請者氏名

2 決定内容 交 付

不 交 付（理由）

3 交付決定額 円

4 交付予定日 令和 年 月 日

※振込日が10日程度遅れる場合があります。交付予定日から2週間以上過ぎても振込みを確認できない場合は、茨木市保健医療センター（072-625-6685）にご連絡ください。

5 そ の 他

次に該当するときは、助成金の全部又は一部を返還していただくことがありますので御留意ください。

- (1) 茨木市国民健康保険人間ドック等助成事業実施要綱の規定に違反したとき。
- (2) 人間ドック又は脳ドックの受診日において被保険者の資格を喪失していたとき。
- (3) 当該申請者について当該年度に受診した人間ドック又は脳ドックに係る助成金が既に支払われているとき。
- (4) 虚偽その他不正な行為により助成金の交付を受けたとき。

令和 年 月 日

茨木市長

印