

# 吹田市国民健康保険人間ドック助成金交付要領

制定 令和3年4月1日決裁  
最終改正 令和4年3月28日決裁

## 1 趣旨

人間ドックを受診した本市の国民健康保険の被保険者に対し、予算の範囲内において、人間ドック助成金（以下「助成金」という。）を交付する。

## 2 助成対象者

助成対象者は、次のいずれにも該当する者とする。

- (1) 人間ドックを受診する日（以下「受診日」という。）の属する年度において40歳以上かつ受診日において74歳以下の被保険者である者
- (2) 助成金の交付申請をする日（以下「申請日」という。）において納期が到来している国民健康保険の保険料を完納している世帯に属する者
- (3) 受診日の属する年度において、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18条第1項に規定する特定健康診査を受診していない者
- (4) 検査結果を提供し、それを市が特定保健指導その他保健事業に利用することに同意する者

## 3 助成の対象となる人間ドック

助成の対象となる人間ドック（以下「人間ドック」という。）は、検査医療機関において実施される総合的な精密検査であって、検査項目が吹田市国保健康診査の検査項目に準ずると市長が認めるものとし、1の年度における受診は、1回に限り助成の対象とする。

### 【吹田市国保健康診査検査項目】

身体計測	身長、体重、BMI、腹囲
生理	血圧
生化学	HDL、LDL、中性脂肪、総コレステロール GOT（AST）、GPT（ALT）、 $\gamma$ -GT（ $\gamma$ -GTP） 空腹時血糖、HbA1C、血清クレアチニン、eGFR、尿酸
血液学	赤血球数、白血球数、ヘモグロビン、 ヘマトクリット、血小板数
尿	尿蛋白、尿糖、尿潜血
その他問診等	質問票（標準的な22項目）、既往歴、自覚症状（理学的所見）

## 4 助成金の額

助成金の額は、人間ドックの受診に要した費用の額又は26,000円のいずれか少ない額とする。

## 5 手続の概要

### (1) 手続の流れ

- ア 人間ドックの受診
- イ 助成金の交付申請及び口座振込依頼
- ウ 助成金の交付決定及び助成金の交付

(2) 助成金の交付決定の日は、原則、交付申請のあった日の翌月とする。

## 6 人間ドックの受診

人間ドックを受診し、検査結果を受け取る。

## 7 助成金の交付申請及び口座振込依頼

(1) 申請期限 受診日の属する年度の翌年度の6月末日まで

(2) 提出書類

ア 助成金交付申請書兼口座振込依頼書（様式第1号）

イ 受診費用の領収書の写し

ウ 検査結果の写し

エ 吹田市国保健康診査受診票（A票）の送付を受けている者にあつては、当該受診票

## 8 助成金の交付決定及び助成金の交付

(1) 助成金交付申請書等の内容を審査し、適当と認めるときは、助成金交付決定通知書（様式第2号）により申請者に通知し、助成金を交付する。

(2) 申請を受理した後に、助成金交付申請書等の内容を審査し不適当と認めるときは、助成金を交付できないことを、その理由を添えて書面により申請者に連絡し、提出書類を返却する。

## 9 調査

(1) 調査の必要があると認めるときは、市長は、助成金の交付決定を受けた者に対し、人間ドック又は特定健康診査の受診状況等について報告書の提出を求めることができる。

(2) 助成金の交付決定を受けた者は、正当な理由がない限り、(1)の調査を拒んではならない。

## 10 助成金の交付決定の取消し等

(1) 助成金の交付決定を受けた者が次のいずれかに該当するときは、市長は、助成金の交付決定の全部又は一部を取り消すことができる。

ア 偽りその他の不正な手段により助成金の交付を受けたとき又は受けようとしたとき。

イ 9(2)に違反したとき。

(2) 助成金の交付決定を取り消したときは、取消しの理由を記載した助成金交付決定取消通知書により、その者に通知するものとし、取消しに係る部分に関し既に助成金を交付しているときは、併せて、返還すべき額及び返還期限を通知する。

(3) 既に交付を受けた助成金の交付決定の全部又は一部を取り消された者は、指定された期限までに、その返還をしなければならない。

## 11 施行期日等

(1) この要領は、令和4年4月1日から施行する。

(2) この要領は、令和4年4月1日以後に受診した人間ドックについて適用する。

## 12 様式

年 月 日

吹田市国民健康保険人間ドック助成金交付申請書兼口座振込依頼書

吹田市長 宛

次のとおり、国民健康保険人間ドック助成金の交付を申請し、交付決定額について、下記口座に振込を依頼します。  
また、提供した検査結果を市が特定保健指導その他保健事業に利用することに同意します。

申請者	被保険者番号	吹 国									
	氏 名									(印)	
	生 年 月 日		年		月		日				
	郵便番号										
	住 所										
	電話番号	( )									
受診年月日			年		月		日				
検査医療機関											
申請額 (上限26,000円)						円					

- 1 助成対象者、助成の対象となる人間ドック等について、かならず裏面を確認してください。
- 2 申請する際には、国民健康保険被保険者証を提示の上、次の書類を添付してください。
  - (1) 受診費用の領収書の写し
  - (2) 検査結果の写し
  - (3) 吹田市国保健康診査受診票（A票）の送付を受けている方については、当該受診票

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ( )	本店・支店 ( )				預金種別 ( )	普通 当座 ( )		
口座番号 (左詰め)									
口座名義人 (カタカナ)									

※口座名義人はカタカナで上段より左づめで記入してください。濁点・半濁点は1字として、姓と名の間は1字あけてください。  
※御利用できる金融機関は、銀行、信用金庫、信用組合、及び農業・漁業協同組合です。（ただし、ゆうちょ銀行の御利用の際、他金融機関からの振込用の、店名、預金種目、及び7ケタの口座番号を必ず御記入ください。）

委任欄	当助成金の受領については、上記振込口座名義人に委任します。  氏名 (印)
-----	---

※ 申請者と振込口座名義人が異なる場合は、上記委任欄に御記入をお願いします。

様

吹田市長 ○○ ○○

吹田市国民健康保険人間ドック助成金交付決定通知書

年 月 日付けで交付申請のあった国民健康保険人間ドック助成金について、次のとおり  
交付決定したので通知します。

交付決定額 金 \_\_\_\_\_ 円