

1 趣旨

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、がん検診等を受診するためのがん検診等一部負担金助成証明書（以下「助成証明書」という。）又はがん検診等一部負担金助成金（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、受診日において65歳未満の本市の国民健康保険の被保険者とする。

3 助成の対象となるがん検診等及び助成金の額

(1) 助成の対象となるがん検診等（以下「助成対象検診」という。）の種類及び助成金の額は、次のとおりとする。

- ア 肺がん検診（胸部エックス線検査） 400円
- イ 肺がん検診（胸部エックス線検査及び喀痰^{かくだん}検査） 900円
- ウ 胃がん検診（胃部エックス線検査） 1,000円
- エ 胃がん検診（胃内視鏡検査） 2,000円
- オ 大腸がん検診 300円
- カ 乳がん検診（視触診とマンモグラフィ併用） 1,000円
- キ 子宮がん検診（頸部^{けいぶ}検診） 500円
- ク 子宮がん検診（体部検診） 500円
- ケ 前立腺がん検診 700円
- コ 骨粗しょう症検診 1,000円
- サ 聴力検診 500円

(2) 助成対象検診は、保健センター又は本市の委託を受けた医療機関（以下これらを「医療機関等」という。）が実施するものに限る。

4 手続の概要

(1) 助成証明書を提出してがん検診等を受診する場合の手続の流れ

- ア 助成証明書の交付申請
- イ 助成証明書の交付
- ウ がん検診等の受診

(2) 助成証明書を使用せずにがん検診等を受診して助成金の交付を受ける場合の手続の流れ

- ア がん検診等の受診
- 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

(3) 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。

5 助成証明書の交付申請

- (1) 申請の時期 がん検診等の受診前
- (2) 申請の方法 電話、メール、電子申込システム又は窓口での申出

6 助成証明書の交付

- (1) 申請者の国民健康保険の加入状況を確認し、各種がん検診等一部負担金助成証明書（様式第1号）を交付する。
- (2) 助成証明書の有効期限は、交付日の属する年度の末日までとする。
- (3) (2)の規定にかかわらず、3月が誕生月の助成対象者については、3月に交付する助成証明書の有効期限は、翌年度4月末日までとする。また、4月に交付する助成証明書の有効期限については、前年度分としてがん検診等を受診する場合に限り、同月末日までとする。
- (4) 助成証明書は、がん検診等を受診するときに医療機関等に提出する。
- (5) 助成証明書の交付を受けた本人以外の者は、助成証明書を使用することができない。

7 助成金の交付申請及び口座振込依頼

- (1) 申請することができる場合 助成対象者が助成証明書を使用せずにごがん検診等を受診した場合
- (2) 申請の時期 がん検診等の受診日から1年以内（受診の翌年の同日まで）
- (3) 提出書類
 - ア 助成金交付申請書兼口座振込依頼書（様式第2号）
 - イ ごがん検診等の受診の際に支払った一部負担金の領収書原本

8 助成金の交付決定及び助成金の交付

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、交付決定をし、助成金を交付する。申請者への交付決定の通知は省略する。

9 助成証明書の返還

助成証明書を使用せずにごがん検診等を受診して助成金の交付を受けた場合、使用しなかった助成証明書は、返還しなければならない。

10 調査

- (1) 調査の必要があると認めるときは、市長は、助成証明書又は助成金の交付を受けた者に対し、がん検診等の受診状況について報告書の提出を求め、又は職員にごがん検診等の受診状況について調査若しくは質問をさせることができる。
- (2) 助成証明書又は助成金の交付を受けた者は、正当な理由がない限り、(1)の調査を拒んではならない。

11 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 10(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。

12 医療機関等へ的一部負担金の支払

- (1) 助成対象検診を実施した医療機関は、毎月市長が指定する期日までに、吹田市協力医療機関各種がん

検診等一部負担金請求書（様式3号）に、6(4)により提出のあった各種がん検診等一部負担金助成証明書（様式第1号）を添えて、吹田市医師会を通じて市長に提出しなければならない。

(2) (1)の請求書等の提出があったときは、その内容を審査し、適当と認めるときは、交付決定をし、一部負担金を支払う。医療機関への交付決定の通知は省略する。

13 この要領の施行に関し必要な事項は、健康医療部長が定める。

附 則

この要領は、平成3年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、令和6年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、令和8年3月27日から施行する。

様式

様式第1号

各種がん検診等一部負担金助成証明書

保 険 証 番 号		吹国
交 付 年 月 日		
有 効 期 限		
助 成 決 定 者 (被 保 険 者)	住 所	
	氏 名	
	生 年 月 日	
発 行 機 関 名		吹 田 市 長

検診一部負担金助成証明書

保 険 証 番 号		吹国
氏 名		
助 成 金 額		
発 行 機 関 名		吹 田 市 長
受 診 日	年 月 日	
保 健 セ ン タ ー 又 医 療 機 関 受 付 印		
種別		
整理番号		

様式第2号

各種がん検診等一部負担金助成金交付申請書兼口座振込依頼書

申請日 年 月 日

吹田市長 宛

次のとおり、各種がん検診等一部負担金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。

申請者 (受診者)	フリガナ						
	氏名						
	生年月日	昭和・平成・西暦	年	月	日		
	住所	(郵便番号) 〒	-				
	電話番号	()					
検診項目※該当する番号に○をつけてください。				受診年月日			
1	肺がん検診(胸部エックス線検査)	年	月	日			
2	肺がん検診(胸部エックス線検査及び喀痰検査)	年	月	日			
3	胃がん検診(胃部エックス線検査)	年	月	日			
4	胃がん検診(胃内視鏡検査)	年	月	日			
5	大腸がん検診	年	月	日			
6	乳がん検診	年	月	日			
7	子宮がん検診(頸部検診)	年	月	日			
8	子宮がん検診(体部検診)	年	月	日			
9	前立腺がん検診	年	月	日			
10	骨粗しょう症検診	年	月	日			
11	聴力検診	年	月	日			
交付申請額						円	
※がん検診等の受診の際に支払った一部負担金の領収書原本を添付すること。							
軽微な誤字脱字の修正を市側が行うことについて		<input type="checkbox"/> 承諾する <input type="checkbox"/> 承諾しない 上記のいずれかにチェックを入れてください。					
振込先	金融機関名		支店名			預金種別	
	銀行 信用金庫 協同組合 ()					普通 当座	
	口座番号						
	口座名義 (カタカナ)						

※振込先にゆうちょ銀行を御利用の場合は、他金融機関からの振込用 支店名(漢数字3ケタ)・預金種目・口座番号(7ケタ)を御記入ください。

委任欄	当助成金の受領について、上記振込先口座名義人に委任します。 委任者氏名
-----	--

※申請者と振込先口座名義人が異なる場合は、申請者が必ず上記委任欄を御記入ください。

様式3号

吹田市協力医療機関各種がん検診等一部負担金請求書

検診名	件数	一件当たり 金額	請求金額
肺がん検診（エックス線法）	件	400 円	円
肺がん検診（エックス線法+喀痰細胞診検査）	件	900 円	円
胃がん検診（胃内視鏡検査）	件	2,000 円	円
大腸がん検診	件	300 円	円
乳がん健診（視触診とマンモグラフィ併用）	件	1,000 円	円
子宮がん検診（頸部）	件	500 円	円
子宮がん検診（体部）	件	500 円	円
前立腺がん検診	件	700 円	円
骨粗しょう症検診	件	1,000 円	円
聴力検診	件	500 円	円
合計	件		円

令和 年 月分を上記のとおり請求します。

令和 年 月 日
吹 田 市 長 宛

医療機関
所在地
名称
代表者名

以下、押印省略をする場合は記入ください

発行責任者（フルネーム）

電話番号

担当者（フルネーム）

電話番号