

## 大津市国民健康保険人間ドック利用助成事業実施要綱

### (目的)

第1条 この要綱は、大津市国民健康保険条例（昭和34年条例第3号。以下「条例」という。）に規定する被保険者（以下「被保険者」という。）が医療機関で人間ドックを受診する場合において、当該受診に要する費用の一部を助成することにより、被保険者の健康の保持増進を図るとともに、疾病の早期発見に寄与することを目的とする。

### (交付対象者)

第2条 この要綱による国民健康保険人間ドック利用助成金（以下「助成金」という。）の交付の対象となる者（以下「交付対象者」という。）は、地方独立行政法人市立大津市民病院、独立行政法人地域医療機能推進機構滋賀病院、大津赤十字病院、大津赤十字志賀病院若しくは社会医療法人誠光会南草津健診センター（以下「指定病院」という。）又は指定病院以外の医療機関で市長が認められたものにおいて人間ドックを受診しようとする被保険者であつて、次の各号のいずれにも該当するものとする。

- (1) 申込日において満40歳以上の者
- (2) 入院治療を受けていない者
- (3) 条例に規定する保険料を滞納していない世帯に属する者
- (4) 当該年度内に特定健康診査を受診していない者

### (助成金の額)

第3条 助成金の額は、人間ドックの受診に要した費用に2分の1を乗じて得た額（その額に1,000円未満の端数があるときは、これを切り捨てる。）とする。ただし、入院ドック（1泊2日）の場合にあつては24,000円を、外来ドック（日帰り）の場合にあつては15,000円を限度とする。

2 助成金の交付は、1人につき1年度1回限りとする。

### (実施期日)

第4条 人間ドックの実施期日は、当該年度の4月10日から翌年2月末日までとする。

### (助成金の交付申請)

第5条 助成金の交付を受けようとする者は、人間ドック利用助成金交付申請書（様式第1号）を受診しようとする日の前日までに市長に提出しなければならない。

2 前項に規定する申請の受付期間は、当該年度の2月末日までとする。

### (助成金の交付の決定)

第6条 市長は、前条の申請に基づき、助成金の交付を決定したときは、人間ドック利用助成金交付決定通知書（様式第2号又は様式第3号）により通知するものとする。

### (助成金の交付方法)

第7条 指定病院において人間ドックを受診する被保険者のうち、助成金の交付の申請をした者に係る助成金は、当該被保険者に代わり、直接指定病院に交付することができる。この場合において、当該被保険者は、受診の際に前条の通知書を指定病院に提出するものとし、人間ドックの受診に要した費用から助成金の交付決定額を差し引いた額を指定病院に支払うものとする。

2 人間ドックを受診する被保険者で前項に規定する以外のものに係る助成金は、当該被保険者に交付する。この場合において、当該被保険者は、当該年度の3月20日までに人間ドック利用助成金

交付請求書（様式第4号又は様式第5号）に人間ドックの受診に要した費用を支払った事実及び受診結果を証する書類を添えて市長に請求しなければならない。

（助成金の返還）

第8条 市長は、受給者が次の各号のいずれかに該当すると認めるときは、期限を定めて助成金の返還を命ずることができる。

- (1) 第2条に規定する要件を欠くに至ったとき。
- (2) 偽りその他不正の手段により助成金の交付を受けたとき。
- (3) その他市長が不相当と認めるとき。

（その他）

第9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

- 1 この要綱は、平成5年5月10日から施行する。
- 2 この要綱は、令和5年3月31日限り、その効力を失う。

附 則

この要綱は、平成11年5月10日から施行し、改正後の大津市国民健康保険人間ドック利用助成事業実施要綱の規定は、平成11年度分の助成金から適用する。

附 則

この要綱は、平成12年5月1日から施行し、改正後の大津市国民健康保険人間ドック利用助成事業実施要綱の規定は、平成12年度分の助成金から適用する。

附 則

この要綱は、平成14年4月24日から施行し、改正後の大津市国民健康保険人間ドック利用助成事業実施要綱の規定は、平成14年度分の助成金から適用する。

附 則

この要綱は、平成15年4月28日から施行し、改正後の大津市国民健康保険人間ドック利用助成事業実施要綱の規定は、平成15年度分の助成金から適用する。

附 則

この要綱は、平成16年4月27日から施行し、改正後の大津市国民健康保険人間ドック利用助成事業実施要綱の規定は、平成16年度分の助成金から適用する。

附 則

この要綱は、平成20年4月25日から施行し、改正後の大津市国民健康保険人間ドック利用助成事業実施要綱の規定は、平成20年度分の助成金から適用する。

附 則

この要綱は、平成22年5月1日から施行し、改正後の大津市国民健康保険人間ドック利用助成事業実施要綱の規定は、平成22年度分の助成金から適用する。

附 則

この要綱は、平成23年4月1日から施行し、改正後の大津市国民健康保険人間ドック利用助成事業実施要綱の規定は、平成23年度分の助成金から適用する。

附 則

この要綱は、平成24年4月1日から施行し、改正後の大津市国民健康保険人間ドック利用助成事業実施要綱の規定は、平成24年度分の助成金から適用する。

附 則

この要綱は、平成25年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成26年4月1日から施行する。

附 則

- 1 この要綱は、平成29年4月1日から施行する。ただし、附則第2項の改正規定は、同年3月1日から施行する。
- 2 平成29年度における改正後の第4条の規定の適用については、同条中「4月10日」とあるのは、「4月10日（独立行政法人地域医療機能推進機構滋賀病院にあつては、4月24日）」とする。

附 則

この要綱は、平成30年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成31年4月1日から施行し、改正後の大津市国民健康保険人間ドック利用助成事業実施要綱の規定は、平成31年度分の助成金から適用する。

附 則

この要綱は、令和2年1月24日から施行し、改正後の大津市国民健康保険人間ドック利用助成事業実施要綱の規定は、令和元年12月9日から適用する。

附 則

この要綱は、令和2年4月1日から施行する。ただし、附則第2項の改正規定は、同年3月2日から施行する。

人間ドック利用助成金交付申請書

年 月 日

(宛先)  
大津市長

〒 \_\_\_\_\_  
申請者 住所  
氏 名

人間ドック利用助成金を受けたいので、次のことに承諾し、下記のとおり申請します。

(承諾事項)

- 1 受診結果を受診した医療機関から市へ提供されること又は受診者が受診結果を市へ提供すること。
- 2 受診結果を市が実施する特定健康診査・がん検診のデータとして活用すること。
- 3 人間ドック利用助成金の交付決定を受けた後に特定健康診査を受けた場合は、助成金を返還しなければならないこと。

記

|                                           |                                           |                                     |              |  |
|-------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------|--------------|--|
| 氏 名                                       | ふりがな                                      | 被保険者<br>証番号                         | 滋 大          |  |
| 生 年 月 日                                   | 昭 和 年 月 日                                 |                                     |              |  |
| 電 話 番 号                                   | 満 才<br>※ 申込日において満40歳以上の被保険者に限る。           |                                     |              |  |
| 住 所                                       | □申請者欄の住所と同じ場合はチェックを入れてください。               |                                     |              |  |
| 受診予定の病院<br>及び受診するド<br>ック種別(○をし<br>てください。) |                                           | 入 院                                 | 外 来<br>(日帰り) |  |
|                                           | 1 地方独立行政法人 市立大津市民病院<br>(大津市本宮二丁目9番9号)     |                                     |              |  |
|                                           | 2 独立行政法人地域医療機能推進機構 滋賀病院<br>(大津市富士見台16番1号) | <input checked="" type="checkbox"/> |              |  |
|                                           | 3 大津赤十字病院<br>(大津市長等一丁目1番35号)              |                                     |              |  |
|                                           | 4 大津赤十字志賀病院<br>(大津市和邇中298番地)              | <input checked="" type="checkbox"/> |              |  |
|                                           | 5 社会医療法人誠光会 南草津健診センター<br>(草津市南草津2丁目3番地7号) | <input checked="" type="checkbox"/> |              |  |
| 6 上記以外の病院<br>(病院名 )                       |                                           |                                     |              |  |
| 受 診 予 定 日                                 | 月 日頃 未 定                                  |                                     |              |  |

- ※1 助成金の額は、人間ドックの受診に要した費用の2分の1の額(千円未満は切捨て)です。ただし、入院の場合は24,000円、外来(日帰り)の場合は15,000円を限度とします。
- ※2 健診結果の値などにより、大津市保健所健康推進課や市が委託する事業者から特定保健指導の案内等を御連絡させていただくことがあります。
- ※3 この申請書は、油性ボールペンで記入してください。

|          |
|----------|
| 〒<br>大津市 |
| 様        |
| No       |

## 人間ドック利用助成金交付決定通知書

大 第 号  
年 月 日

大津市長 印

年 月 日付けで申請のありました人間ドック利用助成金の交付について、次のとおり決定したので、大津市補助金等交付規則第7条第1項の規定により通知します。

|             |     |             |     |
|-------------|-----|-------------|-----|
| 受診者氏名       |     | 被保険者<br>証番号 | 滋 大 |
| 受診者<br>生年月日 |     | 電話<br>番号    |     |
| 受診者住所       | 大津市 |             |     |
| 受診病院名       |     | 受診ドック種別     |     |

- ※1 本決定通知書と保険証を病院へ持参し、早急に病院で受診予約をしてから人間ドックを受診してください。受診予定日の間近になりますと、希望日の受診予約が取れないことがあります。
- ※2 病院を変更される場合や、ドック種別（入院・外来（日帰り））を変更される場合は、変更届の提出が必要です。
- ※3 助成金額は、同封の送付文書を御確認ください。
- ※4 都合により受診を取り止めた場合は、健康推進課へ御連絡ください。
- ※5 人間ドック利用助成金の交付決定を受けた後に特定健康診査を受けた場合は、助成金を返還していただきます。

|          |
|----------|
| 〒<br>大津市 |
| 様        |
| No       |

## 人間ドック利用助成金交付決定通知書

大 第 号  
年 月 日

大津市長 印

年 月 日付けで申請のありました人間ドック利用助成金の交付について、次のとおり決定したので、大津市補助金等交付規則第7条第1項の規定により通知します。

|             |     |             |     |
|-------------|-----|-------------|-----|
| 受診者氏名       |     | 被保険者<br>証番号 | 滋 大 |
| 受診者<br>生年月日 |     | 電話<br>番号    |     |
| 受診者住所       | 大津市 |             |     |
| 受診病院名       |     | 受診ドック種別     |     |

- ※1 本決定通知書は、病院の窓口で提示していただく必要はありません。また、病院の窓口では、受診費用を一旦全額お支払いください。
- ※2 脳ドック等の専門ドックのみの受診や医療機関で設定されている人間ドックの基本項目に含まれていないオプション検査項目を追加した費用については、助成の対象外となります。
- ※3 病院を変更される場合や、ドック種別（入院・外来（日帰り））を変更される場合は、変更届の提出が必要です。
- ※4 助成金額は、助成金額は、同封の送付文書を御確認ください。
- ※5 都合により受診を取り止めた場合は、健康推進課へ御連絡ください。
- ※6 人間ドック利用助成金の交付決定を受けた後に特定健康診査を受けた場合は、助成金を返還していただきます。

## 人間ドック利用助成金交付請求書

年 月 日

(宛先)

大津市長

申請者 住所

(受診者) 氏名

Ⓔ

電話番号

( )

年 月 日付け大 第 号で助成金の交付の決定のあった人間ドック利用助成金について、大津市補助金等交付規則第18条第1項の規定により次のとおり請求します。

|                       |                   |                                                                                            |     |
|-----------------------|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 受診者氏名                 |                   | 被保険者<br>証番号                                                                                | 滋 大 |
| 生 年 月 日               | 年 月 日             |                                                                                            |     |
| 受診ドック種別               | 入 院               | 受診医療機関                                                                                     |     |
| 請 求 金 額               |                   | 円                                                                                          |     |
| 金<br>融<br>機<br>関<br>先 | 金 融 機 関 名         | 銀行・信用金庫・農協 支店                                                                              |     |
|                       | 口 座 番 号           | 普通 ・ 当座                                                                                    |     |
|                       | 口 座 名 義<br>(カタカナ) |                                                                                            |     |
| 添 付 書 類               |                   | (1) 受診費用を支払った事実を証明できる書類 (領収書等)<br>(2) 受診結果<br>(3) 質問票<br>(4) 振込先の支店名・口座番号が確認できるもの (通帳のコピー) |     |

※1 申請者名は受診した本人の名前を記入してください。

※2 記入ミスの場合は、二重線で訂正し訂正印 (請求書と同じ印) をお願いします (請求金額は訂正ができません)。

※3 申請者と振込名義人が異なる場合は、委任状が必要となります。

※4 請求金額は、人間ドックの受診に要した費用の2分の1の額 (1,000円未満は切り捨てるものとし、24,000円を上限とします。) を記入してください。ただし、脳ドック等の専門ドックのみの受診や医療機関で設定されている人間ドックの基本項目に含まれていないオプション検査項目を追加した費用については、助成の対象外となります。

(例) 受診費用 (基本項目のみ) の半額が23,500円の場合は、1,000円未満を切り捨て、23,000円と記入する。受診費用 (基本項目のみ) の半額が25,000円の場合は、上限の24,000円を超えるため、24,000円と記入する。

※5 受診年度の3月20日までに請求してください。

## 人間ドック利用助成金交付請求書

年 月 日

(宛先)

大津市長

申請者 住所

(受診者) 氏名

印

電話番号

( )

年 月 日付け大 第 号で助成金の交付の決定のあった人間ドック利用助成金について、大津市補助金等交付規則第18条第1項の規定により次のとおり請求します。

|                                 |                                                                                          |               |     |
|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-----|
| 受診者氏名                           |                                                                                          | 被保険者<br>証番号   | 滋 大 |
| 生 年 月 日                         | 年 月 日                                                                                    |               |     |
| 受診ドック種別                         | 外 来                                                                                      | 受診医療機関        |     |
| 請 求 金 額                         |                                                                                          | 円             |     |
| 金<br>融<br>機<br>関<br>振<br>込<br>先 | 金 融 機 関 名                                                                                | 銀行・信用金庫・農協 支店 |     |
|                                 | 口 座 番 号                                                                                  | 普通 ・ 当座       |     |
|                                 | 口 座 名 義<br>(カタカナ)                                                                        |               |     |
| 添 付 書 類                         | (1) 受診費用を支払った事実を証明できる書類（領収書等）<br>(2) 受診結果<br>(3) 質問票<br>(4) 振込先の支店名・口座番号が確認できるもの（通帳のコピー） |               |     |

- ※1 申請者名は受診した本人の名前を記入してください。
- ※2 記入ミスの場合は、二重線で訂正し訂正印（請求書と同じ印）をお願いします（請求金額は訂正ができません。）。
- ※3 申請者と振込名義人が異なる場合は委任状が必要となります。
- ※4 請求金額は、人間ドックの受診に要した費用の2分の1の額（1,000円未満は切り捨てるものとし、15,000円を上限とします。）を記入してください。ただし、脳ドック等の専門ドックのみの受診や医療機関で設定されている人間ドックの基本項目に含まれていないオプション検査項目を追加した費用については助成の対象外となります。  
 (例) 受診費用（基本項目のみ）の半額が14,500円の場合は、1,000円未満を切り捨て、14,000円と記入する。受診費用（基本項目のみ）の半額が16,000円の場合は、上限の15,000円を超えるため、15,000円と記入する。
- ※5 受診年度の3月20日までに請求してください。