

天理市国民健康保険人間ドック健診助成要綱

(趣旨)

第1条 疾病の早期発見及び早期治療の促進を図るため、国民健康保険被保険者に対して、人間ドック健診に要する費用（以下「健診料」という。）につき、予算の範囲内において助成を行うものとし、その交付に関しては、天理市補助金等交付規則（平成15年2月天理市規則第3号）に定めるもののほか、この要綱の定めるところによる。

(対象者)

第2条 助成の対象となる者（以下「対象者」という。）は、次の各号のいずれにも該当する被保険者とする。

- (1) 受診日の属する年度末において年齢が40歳以上の者であること。
- (2) 検診料の助成を申請する日（以下「申請日」という。）において、申請日前1年以上継続して被保険者の資格を有していること。
- (3) 申請日において、国民健康保険料を完納している世帯の世帯主又はその世帯に属する者であること。

(助成の範囲等)

第3条 健診料の助成は、市長の指定する検査機関（以下「指定検査機関」という。）において人間ドック健診を受診した対象者に対し行うものとする。この場合において、助成の回数は、対象者1人につき1年度1回限りとする。

2 この要綱により助成を受けた者は、同一年度において、天理市国民健康保険脳ドック検診助成要綱の規定による助成を受けることができない。

(助成額等)

第4条 助成する額は、健診料から自己負担額10,000円を差し引いた額とし、当該金額に100円未満の端数が生じたときは、これを切り上げるものとする。

(申請)

第5条 健診料の助成を受けようとする者は、天理市国民健康保険人間ドック健診助成金交付申請書(様式第1号)を当該年度の末日までに市長に提出しなければならない。

(受診の通知)

第6条 市長は、前条の申請があったときは、直ちに受診の適否を審査し、適当と認めたときは天理市国民健康保険人間ドック健診受診券(様式第2号。以下「受診券」という。)により当該申請者に通知するものとする。

(決定の通知)

第7条 市長は、当該申請を適当と認めたときは、健診料の助成を決定するとともに、天理市国民健康保険人間ドック健診助成金交付決定通知書(様式第3号)により当該申請者に通知するものとする。

(助成の方法)

第8条 市長は、受診券の交付を受けた者が指定検査機関において人間ドック健診を受診した場合は、第4条の規定による助成金を当該指定検査機関に対して支払うものとする。

2 前項の規定による助成金の支払があったときは、人間ドック健診の受診者に対し、健診料の助成があったものとみなす。

(申請の取下げ)

第9条 申請者は、交付決定の通知を受けた場合において、決定の内容又はこれに付された条件に不服があるときは、当該年度の健診を受診するまでに、申請を取り下げることができる。

(受診手続)

第10条 受診者は、指定された日に第6条に規定する受診券を指定検査機関に提出することにより受診しなければならない。

2 受診者は、やむを得ない理由により指定された日に受診できないときは、直ちにその旨を指定検査機関に報告しなければならない。

(費用の請求)

第11条 指定検査機関は、人間ドック健診が終了したときは、これに要した費用を人間ドック検査費用請求書(様式第4号)により市長に請求するものとする。

(その他)

第12条 この要綱に定めるもののほか必要な事項は、市長が定める。

附 則

(施行期日)

1 この要綱は、平成15年4月1日から施行する。

(助成金の特例)

2 当分の間、第4条に規定する自己負担額については、同条中「10,000円」とあるのは「8,900円」とする。

附 則

この要綱は、平成17年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成18年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成22年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和2年年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和5年4月1日から施行する。

様式第1号(第5条関係)、様式第2号(第6条関係)

天理市国民健康保険 人間ドック健診助成金交付申請書 兼 人間ドック健診受診券

受診券 No. _____

被保険者証記号番号 奈4・ _____

受診者氏名 _____ 生年月日 昭和 年 月 日 性別 _____

住所 天理市 _____

電話番号 _____

受診検査機関 天理市立メディカルセンター 特定健診受診券提出 あり・なし

受診(予定)年月日 令和 年 月 日

同日に受診するがん検診 子宮頸がん検診 乳がん検診(マンモグラフィ)

胃部検診 胃バリウム 胃カメラ(経口) 胃カメラ(経鼻)

受けない ⇒ これに対して返金がないことを承諾します

天理市長 並河 健 様 令和 年 月 日

- 人間ドック受診後、結果により対象者には保健指導や健康教室の案内をさせていただきます。
- がん検診の結果については健康推進課と情報共有させて頂く場合があります。
- 受診日までに天理市国民健康保険の資格を喪失した場合、人間ドックの予約は無効になります。
- 同年度に天理市国民健康保険の脳ドック検診を受診しないこと。

上記を了承し、人間ドック健診を受診したく申請します。

申請者氏名 _____

次の3項目のいずれにも適合していること	適合	不適合
① 受診日の属する年度末において、年齢が40歳以上の被保険者であること		
② 申請日において、申請日前1年以上継続して被保険者の資格を有していること		
③ 申請日において、国民健康保険料を完納している世帯の世帯主またはその世帯に属する者であること		

上記の通り、天理市国民健康保険人間ドック健診対象者であることを確認しました。
別紙の人間ドック受診についての説明をよく確認し、ご了解の上受診して下さい。

様式第3号(第7条関係) 天理市国民健康保険 人間ドック健診助成金決定通知

ご申請者 様

令和 年 月 日

上記のとおり、天理市国民健康保険人間ドック健診を受診していただくよう通知します。

天理市長 並河 健

様式第4号(第11条関係)

人間ドック検査費用請求書

年 月 日

天理市長 様

請求者

下記のとおり請求します。

請求金額 _____ 円

但し、国民健康保険人間ドック健診費用(月分)

内訳