

## 香芝市告示第 2 3 8 号

香芝市国民健康保険人間ドック等検診実施要綱を次のように定める。

令和 7 年 1 2 月 1 1 日

香芝市長 三 橋 和 史

### 香芝市国民健康保険人間ドック等検診実施要綱

(趣旨)

第 1 条 この要綱は、香芝市国民健康保険条例（昭和 3 4 年条例第 2 号）第 8 条の規定に基づく事業として、被保険者の疾病の早期発見、早期治療の促進及び疾病の予防並びに検診結果に基づく保健指導を行うことにより、医療費適正化の推進に資すること及び被保険者の健康の保持増進を図ることを目的として、人間ドック（高齢者の医療の確保に関する法律（昭和 5 7 年法律第 8 0 号）第 1 8 条第 1 項に規定する特定健康診査（以下「特定健康診査」という。）の項目を含んだ各種ドックを含む。以下同じ。）及び脳ドックの検診に関し必要な事項を定めるものとする。

(対象者)

第 2 条 人間ドックの検診費用の助成を受けることができる者は、香芝市国民健康保険の被保険者で次の各号のいずれにも該当するものとする。

- (1) 受診日において、満 4 0 歳以上である者
- (2) 受診日において、引き続き 1 年以上香芝市国民健康保険の被保険者である者
- (3) 申請日において、前年度分までの国民健康保険料を完納している世帯に属する者
- (4) 申請日において、当該年度の特定健康診査を受けていない者

2 市長が指定した医療機関（以下「指定医療機関」という。）において脳ドックの検診費用の助成を受けることができる者は、前項（第 4 号を除く。）に規定する者に該当し、申請日に当該年度の特定健康診査を受けているものとする。

(申請の手続)

第 3 条 人間ドックの検診費用の助成を受けようとする者の属する世帯の世帯主は、医療機関に支払った検診費用の領収書、検診結果表の写し及び当該年度の特健受診券を添付して、香芝市国民健康保険人間ドック等助成金交付申請書（第 1 号様式）により市長に申請しなければならない。

2 脳ドックの検診費用の助成を受けようとする者の属する世帯の世帯主は、特定健康診査を受けたことが分かる書類を添付して、香芝市国民健康保険脳ドック助成申請書（第 2 号様式）により市長に申請しなければならない。

(受診券の交付等)

第4条 市長は、前条第2項の規定による申請があったときは、その内容を審査し、適正と認めたときは、香芝市国民健康保険脳ドック検診受診券（第3号様式）を交付するものとする。

2 前項の受診券は、受診日に指定医療機関に提出しなければならない。

3 脳ドックの検診を受けた者は、検診費用のうち助成金額を控除した額を指定医療機関に支払うものとする。

(受診の変更又は取消し)

第5条 前条第1項の受診券の交付を受けた後、やむを得ない理由により、受診日を変更し、又は受診を取り消すときは、あらかじめ市長及び指定医療機関に報告し、指示を受けなければならない。

(検診費用の助成)

第6条 市長は、第3条第1項の規定による申請があったときは、その内容を審査し、適正と認めたときは、2万円（検診費用の自己負担額が2万円に満たないときは、その額）を助成する。

2 第4条第3項の助成金額は、12,600円とする。

3 検診費用の助成については、予算の範囲内において、1会計年度において被保険者1人につき人間ドック又は脳ドックのいずれか1回とする。

(不正利得の返還)

第7条 市長は、偽りその他の不正の手段により、検診費用の助成を受けた者があるときは、助成した費用の全部又は一部を返還させることができる。

(その他)

第8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

(施行期日等)

1 この要綱は、公布の日から施行し、令和7年12月2日から適用する。

(経過措置)

2 この要綱の施行の際現に香芝市国民健康保険人間ドック等検診実施要綱（平成14年4月1日施行）の規定により作成されている申請書等の用紙で残存するものについては、この要綱の規定にかかわらず、必要な調整をして使用することができる。

第 1 号様式（第 3 条関係）

香芝市国民健康保険人間ドック等助成金交付申請書

受 診 者	被 保 険 者 記 号 ・ 番 号										
	氏 名	(□男 □女)									
	生 年 月 日	年 月 日 ( 満 歳 )									
	世帯主との続柄	□ 1 世帯主本人 □ 2 その他 ( )									
	受 診 医 療 機 関	名 称									
所 在 地											
振 込 先	金 融 機 関 名	銀行 本店 信用金庫 支店 農協 出張所									
	預 金 の 種 別	□普通 □当座	口座番号								
	フリガナ										
	口座名義人										

委任状（口座名義人が世帯主と異なる場合のみ署名又は記名押印してください。）

私は、口座名義人を代理人と定め、人間ドック等助成金の受領に関する権限を委任します。
世帯主氏名（署名又は記名押印）

上記のとおり香芝市国民健康保険人間ドック等助成金を申請します。  
健診結果表の写しを香芝市が保健指導等に活用することについて同意します。

香芝市長

年 月 日  
住 所  
世帯主氏名  
電 話 番 号

- 備考 次の書類を添付してください。
- 1 人間ドック等領収書の写し □
  - 2 検診結果表の写し □
  - 3 当該年度の特定健診受診券 □

保険者記入欄

資格審査項目(次の4項目のいずれにも該当していること。)	確認欄
1 受診日において、受診者の年齢が満40歳以上であること。	
2 受診日において、引き続き1年以上被保険者であること。	
3 申請日において、前年度分までの国民健康保険料を完納していること。	
4 申請日において、当該年度の特定健康診査を受診していないこと。	

受付番号	受付印

第 2 号様式（第 3 条関係）

香芝市国民健康保険脳ドック助成申請書

被 保 険 者 記 号 ・ 番 号	
受 診 者 氏 名	( <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女)
生 年 月 日	年        月        日 ( 満        歳 )
指定医療機関	
上記のとおり国民健康保険脳ドックを受診したいので、申請します。 検診結果表の写しを指定医療機関を通じて市長に提出することを同意します。  香芝市長  <div>年        月        日</div> <div>住        所</div> <div>世帯主氏名</div> <div>電 話 番 号</div>	

備考 特定健康診査を受けたことが分かる書類を添付してください。  
☐

保険者記入欄

資格審査項目(次の4項目のいずれにも該当していること。)	確認欄
1 受診日において、受診者の年齢が満40歳以上であること。	
2 受診日において、引き続き1年以上被保険者であること。	
3 申請日において、前年度分までの国民健康保険料を完納していること。	
4 申請日において、当該年度の特定健康診査を受診していること。	

受診券発行日	年        月        日	受付印
受 診 券 番 号		

第 3 号様式（第 4 条関係）

香芝市国民健康保険脳ドック検診受診券

No.

受診年月日		受診時間	
受診場所			
被保険者 記号・番号			
フリガナ		生年月日	
受診者			
住所		世帯主	
		電話番号	

備考

- 1    この受診券は、脳ドック検診を受診するときのための資格証となりますので、ご注意ください。万一、紛失された場合には、直ちに連絡してください。
- 2    受診当日は、必ずこの受診券を医療機関に持参してください。

香芝市 

印