

香芝市告示第18号

香芝市国民健康保険健康診査等実施要綱を次のように定める。

令和8年2月2日

香芝市長 三橋和史

香芝市国民健康保険健康診査等実施要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、香芝市国民健康保険条例（昭和34年条例第2号）第8条の規定に基づき実施する健康診査及び保健指導に関し必要な事項を定めるものとする。

(健康診査の実施)

第2条 香芝市国民健康保険の被保険者のうち、健康診査を実施する年度において35歳以上39歳以下の年齢に達する者に対し、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号。以下「法」という。）第20条に規定する特定健康診査に準じた内容の健康診査を実施するものとする。

(実施医療機関)

第3条 前項の規定による健康診査（以下「生活習慣病健康診査」という。）は、市長が別に定める香芝市内の医療機関（以下「委託医療機関」という。）において実施するものとする。

(診査回数)

第4条 生活習慣病健康診査は、1年度（6月1日から翌年の2月末日までの期間をいう。）につき1回とする。

(費用の負担)

第5条 生活習慣病健康診査を受診した者は、生活習慣病健康診査の費用として、1,000円を委託医療機関に支払うものとする。

2 生活習慣病健康診査の費用のうち、前項の規定により受診者が支払う額以外の額は、香芝市が委託医療機関に支払うものとする。

(費用の助成)

第6条 市長は、生活習慣病健康診査を受診した者（香芝市国民健康保険の被保険者に限る。以下同じ。）に対し、1,000円を助成するものとする。

2 前項の規定による助成を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、生活習慣病健康診査を受診した日の属する年度の末日までに、香芝市国民健康保険生活習慣病健康診査費用助成申請書兼請求書（第1号様式）に、当該生活習慣病健康診査の結果及び委託医療機関に支払った生活習慣病健康診査に係る費用の領収書の写しを添えて、市長に提出しなければならない。ただし、申請者の生活習慣病健康診査の結果を委託医療機関等からの情報提供（

申請者本人による同意があった場合に限る。)により確認することができる場合は、当該生活習慣病健康診査の結果の添付を省略させることができる。

(助成の認定等)

第7条 市長は、前条の規定による申請があった場合は、速やかにその内容を審査し、生活習慣病健康診査の費用を助成することを認定したときはその旨の通知を省略するとともに申請者が指定した口座に振り込むことにより当該費用を助成し、生活習慣病健康診査の費用を助成することを不認定としたときは香芝市国民健康保険生活習慣病健康診査費用助成不認定通知書(第2号様式)により申請者に通知するものとする。

(助成した費用の返還)

第8条 市長は、偽りその他不正の手段により、生活習慣病健康診査の費用の助成を受けた者がいるときは、既に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。

(保健指導の実施)

第9条 申請者のうち、当該生活習慣病健康診査の結果が法第18条第1項に規定する特定保健指導(以下「特定保健指導」という。)の対象となる要件に該当する者(香芝市国民健康保険の被保険者に限る。)に対し、特定保健指導に準じた内容の保健指導を実施するものとする。

2 前項の規定による保健指導は、市長が別に定める保健指導機関(以下「委託保健指導機関」という。)において実施するものとする。

3 第1項の規定による保健指導の費用は、香芝市が委託保健指導機関に支払うものとする。

(その他)

第10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6月1日から適用する。

(経過措置)

2 令和7年6月1日から令和8年2月28日までの間に生活習慣病健康診査を受診した者に限り、この要綱の規定により生活習慣病健康診査の費用の助成を受けようとする場合は、市長は、第6条第2項に規定する添付書類の全部又は一部を省略させることができる。

第1号様式（第6条関係）

香芝市国民健康保険生活習慣病健康診査費用助成申請書兼請求書

年 月 日

香芝市長

住 所

氏 名

電 話 番 号

生活習慣病健康診査に要した費用の助成を受けたいので、香芝市国民健康保険健康診査等実施要綱第6条の規定により、次のとおり申請します。

受 診 者	被 保 険 者 記 号 ・ 番 号						
	生 年 月 日	年 月 日					
	受 診 医 療 機 関						
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	<input type="checkbox"/> 普通			<input type="checkbox"/> 当座		
	口 座 番 号						
	フ リ ガ ナ						
	口 座 名 義 人						

生活習慣病健康診査の結果に関する情報提供の同意欄（次の□にチェックを入れてください。）

私は、生活習慣病健康診査に要した費用の助成を受けるに当たり、私が受診した生活習慣病健康診査の結果について、香芝市が委託医療機関等から情報提供を受けることに同意します。

備考 住所及び氏名欄については、署名又は記名押印してください。

第2号様式（第7条関係）

第 号  
年 月 日

様

香芝市長



香芝市国民健康保険生活習慣病健康診査費用助成不認定通知書

年 月 日付けで申請のあった生活習慣病健康診査に要した費用の助成については、下記の理由により不認定としましたので、香芝市国民健康保険健康診査等実施要綱第7条の規定により、通知します。

記

不認定の理由

以 上