

## 摂津市国民健康保険人間ドック等費用助成金交付要綱

(目的)

第1条 この要綱は、摂津市国民健康保険条例(昭和44年摂津市条例第44号)第9条第4号に掲げる事業の一つとして、人間ドック等の受診に要した費用を助成することにより、市が行う国民健康保険の被保険者(以下、「被保険者」という。)の疾病の予防、早期発見及び早期治療を促進し、もって被保者の健康の維持増進を図ることを目的とする。

(定義)

第2条 この要綱において次の各号に掲げる用語の定義は、当該各号に定めるところによる。

- (1) 人間ドック 保険医療機関等において実施する総合的な精密検査をいう。
- (2) 脳ドック 保険医療機関等において実施する脳の精密検査をいう。
- (3) 人間ドック等 人間ドック及び脳ドックをいう。

(助成対象者)

第3条 人間ドックの受診に要した費用の助成の対象となる被保険者は、次の各号のいずれにも該当するものとする。

- (1) 人間ドックを受診した日の属する年度の末日において、年齢が満40歳以上である者
- (2) 人間ドックを受診した日において被保険者の資格を有する者
- (3) 人間ドックを受診した日の属する年度において、市が実施する特定健康診査を受診していない者
- (4) 第7条に規定する検査結果を確認できる書類を摂津市が実施する特定健康診査等事業に利用することに同意できる者

2 脳ドックの受診に要した費用の助成の対象となる被保険者は、次の各号のいずれにも該当するものとする。

- (1) 脳ドックを受診した日の属する年度の末日において、年齢が満40歳以上である者
- (2) 脳ドックを受診した日において被保険者の資格を有する者

(助成回数)

第4条 前条に規定する対象者に対する助成の回数は、被保険者一人につき当該年度においてそれぞれ1回限りとする。

(助成対象となる人間ドック及び脳ドック)

第5条 助成の対象となる人間ドック等の検査項目は別表第1及び別表第2のとおりとする。

(助成の額)

第6条 人間ドック費用の助成額は、人間ドックを受けるために支払った費用の額(その額が26,000円を超えるときは、26,000円)とする。

2 脳ドック費用の助成額は、脳ドックを受けるために支払った費用の額（その額が20,000円を超えるときは、20,000円）とする。

（助成の申請）

第7条 助成を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、摂津市国民健康保険人間ドック等費用助成金申請書兼請求書（様式第1号）に領収書及び検査結果を確認できる書類（検査結果通知書等）の写しを添付して、市長に提出しなければならない。

2 前項の規定による申請書兼請求書及び添付書類の提出は、人間ドック等を受診した日の属する年度の翌年度の8月末日までに行わなければならない。

（助成金の交付等）

第8条 市長は、前条の規定による申請書の提出があった場合は、速やかに申請内容を審査し、交付の可否を決定するものとする。

2 前項により交付の可否を決定する場合は、摂津市国民健康保険人間ドック等費用助成決定通知書（様式第2号）により当該申請者に通知するものとする。

3 第1項による審査の結果、助成対象に該当しない場合は、摂津市人間ドック等費用助成申請却下通知書（様式第3号）により当該申請者に通知する。

（助成金の返還）

第9条 市長は、次の各号のいずれかに該当するときは、申請者に支払った助成金の全額又は一部を返還させることができる。

(1) 偽りその他不正の手段により助成金の申請をしたとき。

(2) 受診したときは、被保険者の資格を有していたが、遡って当該資格を喪失したとき。

(3) 前2号に掲げるもののほか、市長が必要と認めたとき。

（その他）

第10条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は別に定める。

附 則

（施行期日）

1 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、令和2年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和3年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和4年10月1日から施行する。

附 則

（施行期日）

この要綱は、令和6年4月1日から施行する。

(経過措置)

- 1 この要綱の施行の際、現に改正前の摂津市国民健康保険人間ドック費用助成金交付要綱様式第1号により作成されている申請書兼請求書は、改正後の摂津市国民健康保険人間ドック費用助成金交付要綱様式第1号により作成された申請書兼請求書とみなす。

別表第1 人間ドックの検査項目（第5条関係）

区分	内 容	
基本的な 健診の項目	22 項目の問診内容	
	身体計測	身長
		体重
		腹囲
		BMI
	血圧	収縮期血圧（最高血圧）
		拡張期血圧（最低血圧）
	血中脂質検査	空腹時中性脂肪（または随時中性脂肪）
		HDL-コレステロール
		LDL-コレステロール 又は Non-HDL コレステロール
	肝機能検査	AST(GOT)
		ALT(GPT)
		γ-GT(γ-GTP)
	腎機能検査	血清クレアチニン
		血清尿酸
		eGFR(血清クレアチニン値より算出)
	血糖検査	空腹時血糖（または随時血糖）
		ヘモグロビンA1c（HbA1c）
	尿検査(※)	尿糖
		尿蛋白

※月経中の女性に対する尿検査については、検査不能として実施していない場合も助成の対象とする

別表第2 脳ドックの検査項目（第5条関係）

内容	
頭部検査	MR I（磁気共鳴断層検査）
	MR A（磁気共鳴脳血管検査）