

伊勢原市国民健康保険人間ドック実施要綱

伊勢原市人間ドック実施要綱（平成20年伊勢原市告示第85号）の全部を改正する。

（趣旨）

第1条 この要綱は、伊勢原市国民健康保険条例（昭和34年伊勢原市条例第96号）第8条第2号の規定に基づき、伊勢原市国民健康保険被保険者（以下「被保険者」という。）の健康を保持増進するために行う人間ドックの実施に関し必要な事項を定めるものとする。

（人間ドックの目的）

第2条 人間ドックとは、生活習慣病その他の疾病の早期発見及び予防を目的とした総合的な精密検査をいう。

2 前項に規定する人間ドックの結果、必要と認められる者には保健指導を実施し、生活習慣病その他疾病の予防に努めるものとする。

（対象者）

第3条 人間ドックの検査費用の助成対象者は、人間ドックを受検する年度の4月1日時点において、満20歳以上の被保険者であるものであって、かつ、受検日において被保険者であるものとする。ただし、市長が特に必要と認めた場合は、この限りでない。

2 前項の規定にかかわらず、前年度以前の国民健康保険税に滞納がある世帯に属する者は、助成対象としない。ただし、納付相談をしている場合は、この限りでない。

3 当該年度中に本市に住所を有する神奈川県後期高齢者医療制度の被保険者となる者は、伊勢原市後期高齢者人間ドック実施要綱（平成31年伊勢原市告示第56号）に基づき人間ドックを受検できるものとする。

（助成の申請）

第4条 助成を受けようとする者は、伊勢原市国民健康保険人間ドック助成申請書（第1号様式）を市長に提出しなければならない。

（助成の決定等）

第5条 市長は、前条に規定する申請書の提出があったときは、その内容を審査し、助成すべきものと認めるときは、当該申請者に対し伊勢原市国民健康保険人間ドック利

用承認書兼利用助成券（セット券）（第2号様式。以下「利用助成券」という。）を交付するものとする。

- 2 市長は、前項に規定する審査の結果、助成の申請を不承認としたときは、その旨を伊勢原市国民健康保険人間ドック助成不承認通知書（第3号様式）により申請者に通知するものとする。

（委託）

第6条 市長は、人間ドックの予約申込み及び検査を次に掲げる検査医療機関(以下「委託検査機関」という。)に委託する。

| 名 称 | 所 在 地 |
|----------------------------------|---------------------------------|
| 東海大学医学部附属病院健診センター | 伊勢原市下糟屋143番地 |
| J A健康管理センターあつぎ | 厚木市酒井3132番地 |
| 医療法人杏林会 八木病院 | 秦野市本町1丁目3番1号 |
| 東名厚木メディカルサテライトクリニック | 厚木市船子224番地 |
| 医療法人徳洲会 湘南厚木病院 | 厚木市温水118番1 |
| 公益財団法人 健康予防医学財団 ヘルス ケアクリニック厚木 | 厚木市旭町1丁目25番1号本厚木ミ ハラス3階 |
| J A健康管理センターさがみはら | 相模原市緑区橋本6丁目1番14号ザ ・ハシモトタワー4階 |

（検査内容）

第7条 人間ドックの検査内容は、特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準（平成19年厚生労働省令第157号。以下「実施基準」という。）第1条に規定する特定健康診査の検査項目及び別表に規定するものを含むものとする。

（利用方法）

第8条 利用助成券の交付を受けた者(以下「人間ドック受検者」という。)が人間ドックを受検しようとするときは、委託検査機関に直接申込みをし、受検日当日に当該利用助成券及び被保険者証を当該委託検査機関に提示しなければならない。

- 2 人間ドック受検者は、第6条に定める委託検査機関のほか、前条に規定する検査内

容を実施することができる検査機関で、実施基準第16条第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める者(平成25年厚生労働省告示第92号)第1に掲げる基準を満たす者であり、かつ、社会保険診療報酬支払基金に届出されている機関(以下「その他検査機関」という。)において人間ドックを受検することができる。

3 人間ドック受検者がその他検査機関において人間ドックを受検するときは、その他検査機関に直接申込みをし、受検するものとする。ただし、受検日当日に利用助成券及び被保険者証をその他検査機関に提示することは要さない。

4 人間ドック受検者が、人間ドックの受検を中止した場合は、利用助成券を市長へ返還しなければならない。

(助成額等)

第9条 市が助成する回数は、1人につき当該年度1回限りとし、助成額は、1人につき20,000円を限度とする。ただし、前条第2項に規定するその他検査機関で受検した場合で自己負担額が限度額に満たない場合は、自己負担額を助成額とする。

2 前項に規定する助成額は、委託検査機関で受検した人間ドック受検者については、市が委託検査機関に支払うものとする。

(委託検査機関への支払)

第10条 委託検査機関は、前条第2項に規定する助成額を請求するときは、月ごとにこれを行うものとし、伊勢原市国民健康保険人間ドック委託料請求書(第4号様式)に当該請求月分の利用助成券及び健診結果票を添えて、翌月10日までに市長に提出しなければならない。

(その他検査機関で受検した場合の助成額等)

第11条 その他検査機関において人間ドックを受検した人間ドック受検者が、第9条第1項に規定する助成額を請求するときは、受検した翌々月末までに次に掲げる書類等を市長に提出しなければならない。ただし、提出が遅れたことにやむを得ない理由がある場合は、この限りでない。

(1) 伊勢原市国民健康保険人間ドック助成金交付申請書(第5号様式)

(2) 当該検査機関に支払った検査料の領収書

(3) 当該検査機関が発行する人間ドック健診結果票(電子又は紙媒体)

(4) 利用助成券

(5) 問診票

2 市長は、前項に規定する申請を受けた場合は、速やかに内容を審査し、その結果を人間ドック受検者に伊勢原市国民健康保険人間ドック助成金（交付・不交付）決定通知書（第6号様式）により通知するものとし、助成することと決定した人間ドック受検者に対して、助成額を交付するものとする。

（助成額の返還等）

第12条 市長は、人間ドック受検者が次の各号のいずれかに該当するときは、第9条第1項の規定による決定を取り消し、期限を定めて助成額を返還させることができる。

(1) 受検日において対象者でなくなった場合

(2) 人間ドックを受検し、かつ、特定健康診査等を受診した場合

(3) 虚偽その他不正な手段により助成金の交付を受けた場合

2 市長は、前項に規定する助成額の返還を求める場合は、伊勢原市国民健康保険人間ドック利用助成額返還請求書（第7号様式）により当該助成額を受検者に請求できるものとする。

（特定健康診査との関係）

第13条 40歳以上の被保険者が人間ドックを受検したときは、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）第20条の規定による特定健康診査を受診したものとみなす。なお、第3条第3項に該当する者のうち、後期高齢者医療制度の被保険者となる前日までに受検した場合も同様の扱いとする。

2 委託検査機関は、前項の規定による40歳以上の被保険者が人間ドックを受検したときは、当該受検者の検査結果のうち実施基準第1条に規定する特定健康診査の検査項目に関するものについて、国の指定する標準的な電子データファイル形式による電子媒体で第10条に規定する助成額の請求に併せて市長へ送付しなくてはならない。

（委任）

第14条 この要綱に定めるもののほか、人間ドックの実施に関し必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

(施行期日)

- 1 この告示は、平成31年4月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 改正後の伊勢原市国民健康保険人間ドック実施要綱の規定は、この告示の施行の日以後に人間ドックを受検した者に係る助成について適用し、同日前に人間ドックを受検した者に係る助成については、なお従前の例による。

附 則 (令和2年3月30日告示第44号)

(施行期日)

- 1 この告示は、令和2年4月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 改正後の伊勢原市国民健康保険人間ドック実施要綱の規定は、この告示の施行の日以後に人間ドックを受検した者に係る助成について適用し、同日前に人間ドックを受検した者に係る助成については、なお従前の例による。

附 則 (令和4年8月30日告示第122号)

この告示は、公表の日から施行する。

附 則 (令和5年3月24日告示第30号)

(施行期日)

- 1 この告示は、令和5年4月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 改正後の伊勢原市国民健康保険人間ドック実施要綱の規定は、この告示の施行の日以後に人間ドックを受検した者に係る助成について適用し、同日前に人間ドックを受検した者に係る助成については、なお従前の例による。

附 則 (令和5年4月28日告示第87号)

(施行期日)

- 1 この告示は、令和5年5月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 改正後の伊勢原市国民健康保険人間ドック実施要綱の規定は、この告示の施行の日以後に人間ドックを受検した者に係る助成について適用し、同日前に人間ドックを受

検した者に係る助成については、なお従前の例による。

別表（第7条関係）

検査項目

| | |
|-------|--|
| 問診 | 服薬歴、既往歴、自覚症状、生活習慣等 |
| 計測 | 身長、体重、BMI、腹囲、血圧、視力、 眼底検査、聴力 |
| 尿検査 | 尿糖、尿蛋白、尿潜血 |
| 脂質 | 中性脂肪、HDL コレステロール、LDL コレステロール |
| 肝機能 | A S T (GOT)、A L T (GPT)、 γ -GTP |
| 糖代謝 | 空腹時血糖（又は随時血糖）、H b A 1 c |
| 腎機能 | 血清クレアチニン |
| 腹部超音波 | 腹部超音波検査(胆嚢、肝臓、脾臓、膵臓) |
| 血液一般 | 赤血球数、ヘマトクリット値、血色素判定、血小板数、 血清アルブミン、総蛋白、尿酸、 |
| 心機能 | 心電図 |
| X線検査 | 胸部X線検査、上部消化管X線検査 |
| 診察 | 理学的所見（身体診察） |
| 便検査 | 潜血反応 |
| 婦人科 | 子宮がん、乳がん検査 |

第1号様式（第4条関係）

| 伊勢原市国民健康保険人間ドック助成申請書 | | | |
|--|--|------|------------|
| 被保険者証番号 | | 資格区分 | 国民健康保険被保険者 |
| 助成を受ける者の氏名 | | 生年月日 | 年 月 日 |
| 委託検査機関名 | 1 東海大学医学部附属病院健診センター 2 JA健康管理センターあつぎ 3 医療法人杏林会 八木病院 4 東名厚木メディカルサテライトクリニック 5 医療法人徳洲会 湘南厚木病院 6 公益財団法人 健康予防医学財団 ヘルスケアクリニック厚木 7 JA健康管理センターさがみはら ※その他の検査機関でも受検が可能な場合がありますので、御希望の方は申請の際に御相談ください。 | | |
| <p>上記のとおり申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>伊勢原市長 殿</p> <p>住 所 _____</p> <p>申 請 者 _____</p> <p>電 話 番 号 _____</p> | | | |

備 考

- (1) 人間ドックを受検した方は、いきいき健診（特定健康診査）を受けることはできません。
- (2) 人間ドック検診の検査結果データの利用について
 いきいき健診に該当する検査項目の検査結果データは、特定保健指導の対象者の階層化に利用させていただきます。また、検査結果のデータファイルは、国への実績報告として、匿名化され部分的に提出されますので、御了承の上、受検願います。なお、検査結果データについては、本市の健康づくり事業や個別保健指導の基礎データとして利用させていただくことがありますので、御協力をお願いします。（それ以外の目的に使用することはありません。）

〒 ー

様

年度 伊勢原市国民健康保険
人間ドック利用承認書兼利用助成券（セット券）

| | | | | | | |
|---------|-------|---|-----|---|---|-----|
| | 交付年月日 | 年 | 月 | 日 | | |
| 受診券整理番号 | ー | | | | | |
| 被保険者証番号 | | | | | | |
| 受検者氏名 | | | | | | |
| 有効期間 | 年 | 月 | 日から | 年 | 月 | 日まで |

市助成限度額は、20,000円 です。

※自己負担額が限度額未満の場合は、自己負担額が助成額となります。

※契約医療機関で人間ドックを受検する場合、検診当日の結果により保健指導を受診するときの自己負担額はありません。

注意事項

- ・受検時に伊勢原市国民健康保険に加入していない方は、助成の対象となりません。
- ・いきいき健診（特定健康診査）との重複受診はできません。
- ・人間ドックを受検しないこととなった場合は、検査医療機関の予約を取り消して、伊勢原市保険年金課国保係へ御連絡ください。その後、いきいき健診が受診可能となります。

人間ドック検査結果データの利用について

人間ドックの検査項目のうち、いきいき健診に該当する検査項目の検査結果データは、特定保健指導の対象者の階層化に利用させていただきます。また、検査結果のデータファイルは、国への実績報告として、匿名化され部分的に提出されますので、御了承の上、受検願います。

なお、検査結果データについては、本市の健康づくり事業や個別保健指導の基礎データとして利用させていただくことがありますので、御協力をお願いいたします。

伊勢原市国民健康保険人間ドック助成不承認通知書

伊勢原市指令（ ）第 号
年 月 日

様

伊勢原市長



年 月 日付けで申請のありました伊勢原市国民健康保険人間ドック助成申請については、不承認と決定しましたので通知します。

| | | | |
|------------|---------------|------|-------|
| 被保険者証番号 | | | |
| 助成を受ける者の氏名 | | 生年月日 | 年 月 日 |
| 決定区分 | この申請を不承認とします。 | | |
| 不承認の理由等 | | | |

備考 この処分に不服がある場合は、この処分を知った日の翌日から起算して3か月以内に市長に対して審査請求をすることができます。ただし、処分を知った日から3か月以内であっても、処分の日から1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。

また、この処分の取消しを求める訴えをする場合は、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、市を被告として提起することができます。ただし、処分を知った日から6か月以内であっても、処分の日から1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。また、審査請求をした場合には、この処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に提起しなければなりません。

第4号様式（第10条関係）

伊勢原市国民健康保険人間ドック委託料請求書

金 円也

ただし、 年 月受検者分として

| | | |
|---------------|-----------------|---------------|
| 特定健康診査非該当者 | | @ 20,000円 × 人 |
| 特定健康診査 該当者 | 特定健康診査 健診項目費 | @ 円 × 人 |
| | 上記以外検査 項目費 | @ 円 × 人 |
| 金額 | | 円 |
| 消費税(%) | | 円 |
| 合計金額 | | 円 |

上記のとおり、伊勢原市国民健康保険人間ドック実施要綱第10条の規定により、利用助成券及び健診結果票を添えて請求します。

年 月 日

伊勢原市長 殿

住 所 _____

検査機関名 _____

㊞

代表者名 _____

| | | | |
|-------|--|-----------|--|
| 金融機関名 | | 支店(所) | |
| 口座名義人 | | 預金種目・口座番号 | |

第5号様式（第11条関係）

| 伊勢原市国民健康保険人間ドック助成金交付申請書 | | | |
|---|------------------|------|-----------------|
| 被保険者証番号 | | 資格区分 | 国民健康保険被保険者 |
| 助成を受ける者の氏名 | | 生年月日 | 年 月 日 |
| 検査医療機関の名称 | | | |
| 検査年月日 | 年 月 日 | 検査費用 | 円 |
| ※助成額 | 円 | | |
| <p>上記のとおり、人間ドックに要した費用に関する次の書類を添えて申請します。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 検査機関発行の領収書 ・ 検査機関発行の健診結果票（電子媒体又は紙媒体） ・ 利用助成券 ・ 問診票 <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">年 月 日</p> <p>伊勢原市長 殿</p> <p style="margin-left: 150px;">住所</p> <hr style="width: 60%; margin-left: 150px;"/> <p style="margin-left: 150px;">申請者 ⑩</p> <hr style="width: 60%; margin-left: 150px;"/> <p style="margin-left: 150px;">電話番号</p> <hr style="width: 60%; margin-left: 150px;"/> | | | |
| 振込先 | 銀行・信用組合 金庫・農協 | | 本店・支店 支所・営業所 |
| | 普通 当座 | 口座番号 | |
| | フリガナ | | |
| | 名義人 | | |

備考

- (1) 申請は、受検した日の翌々月末までをお願いします。
- (2) ※助成額の欄は記入しないでください。

年度伊勢原市国民健康保険
人間ドック助成金(交付・不交付)決定通知書

伊勢原市指令（ ）第 号
年 月 日

様

伊勢原市長

印

年 月 日付けで申請のありました伊勢原市国民健康保険人間ドック助成金交付申請については、次のとおり決定しましたので通知します。

| | | | |
|----------|---------------------------------|-----------------------------------|----------------|
| 被保険者証番号 | | | |
| ふりがな | | 男 | |
| 申請者氏名 | | 女 | 年 月 日生 (歳) |
| 住所 | 伊勢原市 | | |
| 決定事項 | <input type="checkbox"/> 交付します。 | <input type="checkbox"/> 交付できません。 | |
| 不交付決定の理由 | | | |
| 助成決定額 | 円 | | |

備考 この処分に不服がある場合は、この処分を知った日の翌日から起算して3か月以内に市長に対して審査請求をすることができます。ただし、処分を知った日から3か月以内であっても、処分の日から1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。

また、この処分の取消しを求める訴えをする場合は、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、市を被告として提起することができます。ただし、処分を知った日から6か月以内であっても、処分の日から1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。また、審査請求をした場合には、この処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に提起しなければなりません。

第7号様式（第12条関係）

伊勢原市国民健康保険人間ドック利用助成額返還請求書

伊勢原市指令（ ）第 号
年 月 日

様

伊勢原市長

印

あなた様が検査機関で人間ドックを受検した際に伊勢原市が助成した額については、国民健康保険資格喪失後の受検であるため、返還していただくこととなります。

つきましては、同封しました納入通知書（返納通知書）兼領収書により、納期限までに納入（返納）してください。

| | |
|----------|-------|
| 被保険者証番号 | 1 5 — |
| 受診券整理番号 | — |
| 資格喪失年月日 | 年 月 日 |
| 資格喪失事由 | |
| 人間ドック受検日 | 年 月 日 |
| 請求金額の合計 | 円 |
| 納期限 | 年 月 日 |

備考 この処分に不服がある場合は、この処分を知った日の翌日から起算して3か月以内に市長に対して審査請求をすることができます。ただし、処分を知った日から3か月以内であっても、処分の日から1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。

また、この処分の取消しを求める訴えをする場合は、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、市を被告として提起することができます。ただし、処分を知った日から6か月以内であっても、処分の日から1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。また、審査請求をした場合には、この処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に提起しなければなりません。