

伊勢原市後期高齢者人間ドック実施要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、伊勢原市後期高齢者医療に関する条例（平成19年伊勢原市条例第23号）第3条第1号に規定する本市に住所を有する被保険者（以下「後期高齢者被保険者」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74歳の者で伊勢原市国民健康保険被保険者であるものであって、かつ、受検日において後期高齢者被保険者又は伊勢原市国民健康保険被保険者であるもの（以下「74歳被保険者」という。）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。

(助成の申請)

第4条 助成を受けようとする者は、伊勢原市人間ドック助成申請書（4月1日時点74歳用）（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、当該申請者のうち74歳被保険者に対し伊勢原市人間ドック利用承認書兼利用助成券（セット券）（4月1日時点74歳用）（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

当該申請者に対し、伊勢原市人間ドック助成不承認通知書（第3号様式）より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、受検日当日に利用助

成券及び資格確認書、行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律（平成25年法律第27号）第2条第7項に規定する個人番号カードその他の被保険者の資格が確認できるもの（以下「被保険者資格が確認できるもの」という。）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資格が確認できるもの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、74歳被保険者は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、伊勢原市人間ドック委託料請求書（後期高齢者被保険者分）（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) 伊勢原市人間ドック助成金交付申請書（4月1日時点74歳用）（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、その結果を当該申請者に対し、伊勢原市人間ドック助成金（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。

（後期高齢者の健康診査との関係）

第12条 人間ドックを受検した者は、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125条の規定による健康診査を受診したものとみなす。

2 委託検査機関は、前項の規定による後期高齢者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13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（平成31年3月29日告示第56号）

（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 この告示は、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31日告示第57号）

この告示は、令和2年4月1日から施行する。

附 則（令和3年3月31日告示第62号）

この告示は、令和3年4月1日から施行する。

附 則（令和4年3月24日告示第38号）

この告示は、公表の日から施行する。

附 則（令和4年10月3日告示第133号）

この告示は、公表の日から施行する。

附 則（令和4年12月28日告示第165号）

この告示は、公表の日から施行する。

附 則（令和5年3月29日告示第33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 この告示は、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91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 改正後の伊勢原市後期高齢者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6年11月29日告示第145号）

（施行期日）

1 この告示は、令和6年12月2日から施行する。

(経過措置)

2 この告示の施行の際、この告示による改正前の伊勢原市後期高齢者人間ドック実施要綱に規定する様式で現に残存するものは、所要の修正を加え、なお当分の間使用することができる。

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	AST (GOT) 、ALT (GPT) 、 γ -GTP
糖代謝	空腹時血糖（又は随時血糖）、HbA1c
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）

伊勢原市人間ドック助成申請書（4月1日時点74歳用）			
被保険者番号		資格区分 <input type="checkbox"/> 国民健康保険被保険者 <input type="checkbox"/> 後期高齢者被保険者	
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 JA健康管理センターさがみはら 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 ハルスケアクリニック厚木 7 医療法人杏林会 八木病院 ※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、ご希望の方は申請の際にご相談ください。		
<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・一般健康診査）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。）

伊勢原市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）

伊勢原市人間ドック委託料請求書（後期高齢者被保険者分）

金 円也

ただし、 年 月受検者分として

後期高被保険者		4月1日時点74歳の者
	受検者数	@20,000円× 人
	金額	円
	消費税(%)	円
	合計金額	円

上記のとおり、伊勢原市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）

伊勢原市人間ドック助成金交付申請書（4月1日時点74歳用）

被保険者番号		資格区分	<input type="checkbox"/> 国民健康保険被保険者 <input type="checkbox"/> 後期高齢者被保険者
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） ・ 伊勢原市人間ドック利用承認書兼利用助成券 ・ 問診票 <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>伊勢原市長 殿</p> <p style="text-align: center;">住 所 _____</p> <p style="text-align: center;">申 請 者 _____ ④</p> <p style="text-align: center;">電話番号 _____</p>			
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



年 月 日付けで申請のありました伊勢原市人間ドック助成金
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。

被保険者番号			
ふりがな		男 女	年 月 日生 (歳)
申請者氏名			
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。