

改正

平成20年3月17日告示第40号

平成21年2月26日告示第36号

平成23年3月4日告示第38号

平成27年3月30日告示第59号

平成28年3月30日告示第58号

令和4年3月24日告示第92号

令和5年3月27日告示第69号

令和6年2月20日告示第35号

深谷市国民健康保険人間ドック等検査料助成要綱

(趣旨)

第1条 この告示は、深谷市国民健康保険条例（平成18年深谷市条例第150号）第8条第1項の規定に基づき、深谷市国民健康保険の被保険者の健康保持のために行う人間ドック等（人間ドック又は脳ドックをいう。以下同じ。）の検査料の助成に関し、必要な事項を定めるものとする。

(定義)

第2条 この告示において「人間ドック」とは、別表第1に掲げる検査その他これに類する検査を行うことをいう。

2 この告示において「脳ドック」とは、別表第2に掲げる検査その他これに類する検査を行うことをいう。

(対象者)

第3条 人間ドック等の検査料の助成の対象となる者（以下「助成対象者」という。）は、次の各号のいずれにも該当する者をいう。

- (1) 深谷市国民健康保険の被保険者で、その資格を取得してから1年以上経過している者
- (2) 満30歳（受検申請当日）以上の者
- (3) 受検申請当日において、納期限が到来した深谷市国民健康保険税を完納している世帯の者
- (4) 申請する年度において、受検日以前に市が行う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条に規定する特定健康診査を受診していない者（人間ドックを受検する者に限る。）

(助成金)

第4条 助成金の額は、3万円とする。ただし、人間ドック等の検査料が3万円を下回る場合は、その金額とする。

2 助成対象者が助成金の交付を受けられる回数は、1会計年度において1回とする。

3 助成対象者の人員は、毎年度予算の定める範囲内とする。

(助成申請)

第5条 助成を受けようとする助成対象者は、人間ドック等の受検日以前に、あらかじめ人間ドック等を受検しようとする医療機関に検査の予約をした上で、国民健康保険人間ドック等受検申請書兼委任状(様式第1号)を市長に提出しなければならない。

(決定通知)

第6条 市長は、前条に規定する申請書を受理したときは、速やかに申請内容を審査し、国民健康保険人間ドック等受検承認(不承認)決定通知書(様式第2号)により、助成対象者に通知するものとする。

(決定の取消し)

第7条 市長は、前条の規定による通知において、受検を決定した者(以下「受検者」という。)が、次の各号のいずれかに該当するときは、その決定を取り消すことができる。

(1) 第3条に規定する要件を欠いたとき。

(2) 偽りその他の不正な手段により受検の決定を受けたとき。

(受検の方法)

第8条 受検者は、あらかじめ市長が別に定めるところにより指定する医療機関(以下「指定医療機関」という。)において人間ドック等を受検する場合、国民健康保険人間ドック等受検承認決定通知書を指定医療機関に提示しなければならない。

2 受検者は、指定医療機関において人間ドック等を受検する場合、検査料の額から第4条第1項に規定する助成金の額を差し引いた額を指定医療機関に支払うものとする。

(助成金の支払い)

第9条 受検者は、指定医療機関において人間ドック等を受検した場合、助成金の受領に関し、市長が別に定めるところにより、指定医療機関の長に委任するものとする。

2 受検者は、指定医療機関以外の医療機関において人間ドック等の受検をした場合、受検日が属する年度の末日までに国民健康保険人間ドック等受検報告書兼請求書(様式第3号)に次に掲げる書類を添付して、市長に提出しなければならない。

(1) 検査領収書

(2) 人間ドック等検査結果表

(助成金の返還)

第10条 市長は、第7条の規定により受検の決定取消しを受けた者が検査を受け、助成金の交付を受けたと認めたときは、その者から交付を受けた額の全部を返還させることができる。

(その他)

第11条 この告示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)

1 この告示は、平成18年1月1日から施行する。

(経過措置)

2 この告示の施行の日の前日までに、合併前の深谷市国民健康保険人間ドック等検査料助成要綱（平成6年深谷市告示第93号）、岡部町国民健康保険検査料助成要綱（平成7年岡部町告示第23号）、川本町国民健康保険人間ドック等検査料助成要綱（平成16年川本町告示第40号）、花園町国民健康保険被保険者の人間ドック検診料助成に関する要綱（平成元年花園町告示第44号）又は花園町国民健康保険被保険者の脳ドック検診料助成に関する要綱（平成8年花園町告示第35号）（以下これらを「合併前の要綱」という。）の規定によりなされた手続その他の行為は、それぞれこの告示の相当規定によりなされたものとみなす。

3 第5条の規定にかかわらず、平成18年1月1日から平成18年3月31日までの間における助成額については、なお合併前の要綱の例による。

附 則（平成20年3月17日告示第40号）

この告示は、平成20年4月1日から施行する。

附 則（平成21年2月26日告示第36号）

この告示は、平成21年4月1日から施行する。

附 則（平成23年3月4日告示第38号）

この告示は、平成23年4月1日から施行する。

附 則（平成27年3月30日告示第59号）

この告示は、平成27年4月1日から施行する。

附 則（平成28年3月30日告示第58号）

この告示は、平成28年4月1日から施行する。

附 則（令和４年３月２４日告示第９２号）

この告示は、令和４年４月１日から施行する。

附 則（令和５年３月２７日告示第６９号）

この告示は、令和５年４月１日から施行する。

附 則（令和６年２月２０日告示第３５号）

この告示は、令和６年４月１日から施行する。

別表第１（第２条関係）

深谷市国民健康保険人間ドック等検査項目（人間ドック）

	検査項目	検査内容
1	身体測定	身長・体重・腹囲・肥満度
2	眼科系検査	視力・眼底カメラ（医師が必要と認める場合に限る。）
3	聴力検査	1000・4000H z
4	呼吸器系検査	胸部X線・肺機能（％肺活量・１秒率）
5	循環器系検査	血圧測定・心電図
6	消化器系検査	胃部X線直接撮影（透視診断・四ツ切７枚＜スポット含＞） 糞便検査（免疫学的便潜血反応）
7	尿検査	糖定性・蛋白・潜血
8	血液検査／一般	赤血球数・白血球数・血色素・ヘマトクリット値・血小板
9	血液検査／尿・肝臓 ／胆嚢／膵臓	総蛋白・アルブミン・総ビリルビン・AST（GOT）・ALT （GPT）・ALP・γ-GT（γ-GTP）・LDH・アミラ ーゼ
10	痛風	尿酸
11	電解質	クレアチニン・eGFR・CRP
12	糖代謝	空腹時血糖・ヘモグロビンA1c
13	脂質代謝	総コレステロール定量・中性脂肪・HDLコレステロール・LD Lコレステロール
14	免疫反応	TPHA試験・HBs抗原検査
15	超音波検査	断層撮影法（胆のう・肝臓・腎臓）
16	内科診察	胸部聴打診・腹部触診

17	問診	既往歴・服薬歴・自覚症状・家族歴・生活習慣・喫煙習慣 (特定健診対象者には特定健診質問票22項目を含むこと。)
----	----	--

別表第2（第2条関係）

深谷市国民健康保険人間ドック等検査項目（脳ドック）

	検査項目	検査内容
1	MR I 検査	脳の断層撮影
2	MR A 検査	脳の血管撮影
3	その他検査	血圧測定
4	問診	既往歴・服薬歴・自覚症状・生活習慣・喫煙習慣

様式第1号（第5条関係）
様式第1号（第5条関係）

国民健康保険人間ドック等受検申請書兼委任状

深谷市国民健康保険人間ドック等検査料助成要綱第5条の規定により、下記のとおり申請します。また、指定医療機関で人間ドック等を受検するときは、深谷市国民健康保険人間ドック等検査料助成金の受領に関する一切の権限を指定医療機関に委任します。

記

検 査 名	人間ドック・脳ドック			
被 保 険 者 記 号 ・ 番 号			資格取得日	
受検する被保険者	氏名			性別
	生年月日			年齢
医 療 機 関 の 名 称				
医療機関の所在地				
検 査 料				
次の内容に同意した上で、深谷市国民健康保険人間ドック等検査料の助成申請をします。 ☐ 保険者が医療機関から人間ドック等の結果報告を受け、特定保健指導や健康相談の案内等、保健事業に活用すること。 ☐ 人間ドック等受検日において深谷市国民健康保険の資格を喪失していた場合（今後の手続きにより遡って資格がなくなる場合も含む。）又は人間ドックと特定健康診査を同一年度内に重複受検（診）していた場合は、助成の対象から外れること。 ☐ 指定医療機関以外で人間ドック等を受検するときは、受検後、関係書類を添付の上、受検日が属する年度の末日までに受検報告及び助成金の請求をすること。 ☐ 以下の要件に相違ないこと。 （1）深谷市国民健康保険の被保険者で、その資格を取得してから1年以上経過している者 （2）満30歳（受検申請当日）以上の者 （3）受検申請日当日において、納期限が到来した深谷市国民健康保険税を完納している世帯の者 （4）申請する年度において、深谷市が行う特定健康診査を受診していない者（人間ドックを受検する者に限る。） （5）人間ドック等を受検しようとする医療機関に検査の予約をしている者				
年 月 日				
深谷市長	宛て	受検者	住 所	
			氏 名	
			電話番号	

様式第2号（第6条関係）
様式第2号（第6条関係）

国民健康保険人間ドック等受検承認（不承認）決定通知書

年 月 日

様

深谷市長

印

年 月 日付で申請のありました国民健康保険人間ドック等の受検について下記のとおり承認（不承認）しましたので通知します。

記

受 検	承 認 不承認 理 由 ()			
検 査 名	人間ドック・脳ドック			
被 保 険 者 記 号 ・ 番 号				
受 検 す る 被 保 険 者 名	住 所		電 話	
	氏 名		性 別	
	生年月日		年 齢	満 歳
医 療 機 関 名				
助 成 金 額	円			

- 備考 1 指定医療機関で受検の際は、この決定通知書を提示してください。
- 2 交付申請事由に変更が生じたときは、速やかに市役所国民健康保険担当に連絡してください。
- 3 検査料が3万円を下回る場合、助成金の額はその金額となります。
- 4 指定医療機関以外で受検した場合、受検後、検査領収書、人間ドック等検査結果表を添付して受検日が属する年度の末日までに受検報告及び助成金の請求をしてください。

様式第3号（第9条関係）
 様式第3号（第9条関係）

国民健康保険人間ドック等受検報告書兼請求書			
被保険者記号・番号			
受検者氏名			
検査機関	名称		
	所在地		
検査名		人間ドック・脳ドック	
受検年月日		年 月 日	
検査料		円	
助成金		円	
振込先金融機関			
銀行 信用金庫 信用組合 農協		口座番号	
		普通・当座	
		フリガナ	
支店		口座名義人	
上記のとおり人間ドック等を受検したので、関係書類を添えて報告をし、助成金の請求をします。			
年 月 日			
深谷市長 宛て			
受検者 住所 氏名 電話			