

魚津市告示第144号

魚津市国民健康保険生活習慣病ドック費用助成金交付要綱を次のように定める。

令和3年4月28日

魚津市長 村椿 晃

魚津市国民健康保険生活習慣病ドック費用助成金交付要綱

(目的)

第1条 この要綱は、国民健康保険の保健事業の一環として循環器疾患、悪性新生物の検査を中心とした魚津市国民健康保険生活習慣病ドック（以下「生活習慣病ドック」という。）の受検に要する費用（以下「検査費用」という。）の一部を助成することにより、疾病の早期発見、早期治療及び健康管理に寄与することを目的とする。

(助成対象者)

第2条 助成の対象となる者（以下「助成対象者」という。）は、魚津市に住所を有する者で、次の各号のいずれにも該当するものとする。

(1) 国民健康保険法（昭和33年法律第192号）の規定による被保険者であること。

(2) 国民健康保険税の滞納がない世帯に属するものであること。

(実施医療機関)

第3条 この要綱による、生活習慣病ドックを行う医療機関（以下「実施医療機関」という。）は、次のとおりとする。

名称	位置
医療法人ホスピター浦田クリニック	魚津市本江一丁目26番地
独立行政法人労働者健康安全機構 富山労災病院	魚津市六郎丸992番地

(助成金の額)

第4条 助成金の額及び限度額は、次の各号に掲げる区分に応じ、それぞれ当該各号に定めるとおりとする。ただし、助成金の額に千円未満の端数が生じたときは、これを切り捨てるものとする。

(1) 年度内に、40歳、45歳、50歳、55歳、60歳又は65歳に達する者検査費用に10分の7を乗じて得た額とし、30,000円を限度とする。

(2) 前号以外の者 検査費用に10分の6を乗じて得た額とし、25,000円を限度とする。

(検査内容)

第5条 検査内容は、別表のとおりとする。

(利用の申込み)

第6条 助成対象者は、魚津市国民健康保険生活習慣病ドック利用申込書兼同意書(様式第1号)を、指定する期間中に市長に提出しなければならない。

(利用の承認)

第7条 市長は、前条の規定により利用申込書の提出があったときは、その内容を審査し、第2条に該当するものについては承認し、それ以外のものについては不承認の旨をその理由を付して申込者に通知しなければならない。

(承認証の交付)

第8条 市長は、前条の規定により承認したものについては、魚津市国民健康保険生活習慣病ドック利用承認証(様式第2号。以下「承認証」という。)を交付し、その写しを実施医療機関に送付するものとする。

(助成の方法)

第9条 利用承認を受けた助成対象者(以下「利用者」という。)は、実施医療機関の指定した日(以下「受検日」という。)に実施医療機関へ承認証、被保険者証を携行して、受検するものとする。

2 利用者は、やむを得ない理由により受検できないときは、遅くとも受検日の3日前までに実施医療機関及び市長へ届け出なければならない。

3 利用者は、生活習慣病ドックを受検したときは、検査費用から第4条に規定する助成金の額を控除した額を実施医療機関に直接支払うものとする。

(請求等の委任)

第10条 利用者は、助成金の請求及び受領の手続を実施医療機関に委任するものとする。

(実施医療機関への支払い)

第11条 市長は、第9条の規定により利用者が生活習慣病ドックを受検したときは、その助成金に相当する額を実施医療機関の請求に基づき当該実施医療機関に支払うものとする。

2 実施医療機関は、生活習慣病ドックを利用した者を月毎に取りまとめ、翌月15日までに請求書に、実施済の承認証及び生活習慣病ドックの結果を添えて、市長に助成金を請求するものとする。

3 市長は、前項の規定による請求を受けたときは、速やかに当該実施医療

機関に対し助成金を支払うものとする。

(その他)

第12条 この要綱に定めるもののほか、事業の実施に関し必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この告示は、令和3年5月1日から施行する。

別表（第5条関係）

診察等	問診、計測（身長、体重、腹囲）標準体重、BMI 視力検査右・左 聴力検査右・左（1000Hz及び4000Hz） 理学的検査 視診、打聴診、触診 血圧測定 座位
尿検査	蛋白、糖、潜血、沈渣
糞便検査	免疫便潜血反応検査（2日法）
血液検査	【血液一般】白血球数、赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値、血小板数、末梢血液像 【肝機能】GOT、GPT、 γ -GTP、ALP、総蛋白、総ビリルビン、LDH 【腎機能】Na、K、Cl、BUN、クレアチニン 【血中脂質】総コレステロール、中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール 【代謝系】空腹時血糖、尿酸、HbA1c 【血清】HBs抗原、HCV抗体価（定性、定量）
心電図検査	12誘導（四肢単極誘導及び胸部誘導含む）
胸部レントゲン検査	胸部単純撮影
肺機能検査	排気量分画測定
胃検査	胃内視鏡検査
腹部超音波検査	断層撮影法
眼底検査	精密眼底検査（両側）、精密眼圧測定

様式第1号（第6条関係）

国保税 納入状況	年度	
	年度	

魚津市国民健康保険

生活習慣病ドック利用申込書兼同意書

保険証記号番号	
(ふりがな) 申 込 者 名	
生 年 月 日	年 月 日
実施医療機関名	
受 検 希 望 月	年 月
<p>上記のとおり生活習慣病ドックを利用したく申し込みます。 また、私の世帯の国民健康保険税の納付状況について確認すること 及び申込者の検査結果並びに精密検査の結果について、実施医療機関 が魚津市に情報提供することに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>世帯主 住所 魚津市</p> <p>氏名</p> <p>(TEL —)</p> <p>魚津市長 あて</p>	
※ 承認番号 第 号	※ 承認年月日 年 月 日

※印は申込者で記入しないでください。

魚津市国民健康保険

生活習慣病ドック利用承認証（受検者用）

承認番号 第 号	承認年月日 年 月 日
保険証 記号番号	受検者 (住所) (氏名) (TEL)
	生年月日
実施医療機関名	
助成額	
受検希望月	
上記の者は、審査の結果、魚津市国民健康保険が行う生活習慣病ドックの利用を承認した者である。 年 月 日 魚津市長	
◎ 指定された受検日時に、忘れずに受けてください。 ◎ 当日は、この承認証、被保険者証及び問診票を記入して持参してください。 ◎ 当日は、飲食をなさらずに受検してください。	