

魚津市告示第31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の一部改正について

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（令和3年魚津市告示第144号）の一部を次のように改正する。

令和7年2月14日

魚津市長 村椿 晃

改正後	改正前												
<p>第1条 - 第8条 (略)</p> <p>(助成の方法)</p> <p>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及び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(電子資格確認(国民健康保険法第36条第3項に規定する電子資格確認をいう。))を受け取ることができない状況にある場合は、資格確認書)を携行して、受検するものとする。</p> <p>2・3 (略)</p> <p>第10条 - 第12条 (略)</p> <p>別表(第5条関係)</p> <table border="1" data-bbox="129 691 938 818"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">(略)</td> </tr> <tr> <td>肺機能検査</td> <td>肺気量分画測定</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">(略)</td> </tr> </table> <p>様式第1号(第6条関係)【別記1】</p> <p>様式第2号(第8条関係)【別記2】</p>	(略)		肺機能検査	肺気量分画測定	(略)		<p>第1条 - 第8条 (略)</p> <p>(助成の方法)</p> <p>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。</p> <p>2・3 (略)</p> <p>第10条 - 第12条 (略)</p> <p>別表(第5条関係)</p> <table border="1" data-bbox="1126 691 1935 818"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">(略)</td> </tr> <tr> <td>肺機能検査</td> <td>掛気量分画測定</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">(略)</td> </tr> </table> <p>様式第1号(第6条関係)【別記1】</p> <p>様式第2号(第8条関係)【別記2】</p>	(略)		肺機能検査	掛気量分画測定	(略)	
(略)													
肺機能検査	肺気量分画測定												
(略)													
(略)													
肺機能検査	掛気量分画測定												
(略)													

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

被保険者記号番号	
(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 氏名 (T E L)</p> <p>魚 津 市 長 宛</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。

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 氏名 (TEL)</p> <p>魚津市長 <u>あて</u></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。

様式第2号（第8条関係）

対象区分

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
被保険者 記号番号	受検者 (住所) (氏名) ()
	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、マイナンバーカード（電子資格確認を受けることができない状況にある場合は、資格確認書）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。	

様式第2号（第8条関係）

対象区分

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) ()
	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。	

附 則

この告示は、公表の日から施行する。