

後期高齢者医療人間ドック助成申請書

		被保険者番号	
受診希望者 氏 名	ふりがな	生 年 月 日	
		年 月 日生 ()歳	
住 所	王寺町	電 話	
	丁目 番 号		
受診医療機関		受 診 予 定 日	年 月 日
備 考			

王寺町後期高齢者医療人間ドック助成要綱の規定により、上記のとおり申請します。
検査結果は、後期高齢者の健康診査に利用することに同意します。
※今年度の王寺町特定健康診査及び後期高齢者健康診査は受診していません。

年 月 日

王 寺 町 長 殿

申請者 住所 _____
氏名 _____
電話 - - _____

王寺町後期高齢者医療人間ドック助成金交付要綱

(目的)

第1条 この要綱は、王寺町後期高齢者医療被保険者(以下「被保険者」という。)が受診する人間ドックに要する費用の一部を助成することにより、当該被保険者の疾病の予防及び早期発見等健康の保持増進を図ることを目的とする。

(助成対象者)

第2条 人間ドックの助成金の交付を受けることができる者は、次の各号のいずれにも該当する者とする。

- (1) 人間ドックを受診した日において奈良県後期高齢者医療の被保険者であって、王寺町に住所を有するものであること。
- (2) 第5条の規定による申請をした日(以下「申請日」という。)に納期限が到来した後期高齢者医療保険料を完納していること。
- (3) 奈良県後期高齢者医療広域連合健康診査実施要綱に規定する後期高齢者の健康診査に当該人間ドックの結果データを利用することに同意すること。
- (4) 申請日の属する年度において特定健康診査及び後期高齢者の健康診査を受診していないこと又は受診する予定がないこと。
- (5) 申請日の属する年度において王寺町国民健康保険人間ドック助成要綱(平成26年3月王寺町告示第11号)の規定による人間ドックの助成を受けていないこと。

(助成金の額等)

第3条 助成金の額は、人間ドックの受診に要した費用に2分の1を乗じて得た額(その額が2万円を超える場合にあっては、2万円)とする。

2 助成の回数は、被保険者1人につき、毎年4月1日から翌年3月31日までの間に1回を限度とする。

(検査項目)

第4条 助成の対象となる人間ドックの検査項目については、別表に定める特定健康診査の検査項目を全て含んでいるものとする。

(申請)

第5条 助成金の交付を受けようとする者(以下「申請者」という。)は、受診前に人間ドック助成申請書(様式第1号)により、町長に申請しなければならない。

(助成金の決定等)

第6条 町長は、前条の規定による申請があったときは、その適否を審査した上で、助成金の支給の可否を決定し、その結果を後期高齢者医療人間ドック助成(決定・却下)通知書(様式第2号)により申請者に通知するものとする。

2 前項の規定により助成の決定を受けた者は、町長が定める期日までに、自ら医療機関で人間ドックの受診の手續を行い、受診に要した費用の全額を当該医療機関に支払うものとする。

3 前項の規定により人間ドックの受診に要した費用を支払った者は、後期高齢者医療人間ドック助成金交付請求書(様式第3号)に医療機関が発行した領収書及び受診結果の写しを添えて、町長に助成金の交付を請求するものとする。

4 前項の規定による請求は、当該年度末日までに行わなければならない。

(助成金の返還)

第7条 町長は、偽りその他不正の手段によって、助

成金の交付を受けた者があるときは、その者から当該助成金の全部又は一部を返還させることができる。

(その他)

第8条 この要綱に定めるもののほか、助成に関し必要な事項は、町長が別に定める。

附 則

この要綱は、平成27年4月1日から施行する。

別表(第4条関係)

特定健康診査検査項目	
問診(質問票等)	服薬歴、既往歴及び生活習慣に関する項目
	自覚症状等
計測	身長
	体重
	BMI
	血圧
	腹囲
診察	身体診察
脂質	中性脂肪
	HDL
	LDL
肝機能	AST(GOT)
	ALT(GPT)
	γ-GT(γ-GTP)
代謝系	ヘモグロビンA1c
腎機能	尿糖
	尿蛋白
	血清クレアチニン
血液一般	血色素量
	赤血球数
心機能	心電図検査
眼底検査	眼底検査※
医師の判断	医師の判断欄の記載

備考 検査項目については、すべて実施するものとし、※の項目は、特定健康診査詳細項目における医師の判断基準により、所見を記入するものとする。

様式 略

上記要綱を確認しました。

年 月 日