

春日井市国民健康保険特定健診等費用助成要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号。以下「法」という。）第20条に規定する特定健康診査（以下「特定健診」という。）及び特定保健指導（以下これらを「特定健診等」という。）の受診機会を確保するため、特定健診等の費用を助成することについて、必要な事項を定めるものとする。

(助成対象者)

第2条 特定健診等の費用の助成を受けることができる者は、次の要件を全て満たす者とし、助成は、年度を通して1回とする。

- (1) 特定健診の検査を受診する日の属する年度（以下「受診年度」という。）の4月1日時点において、春日井市以外の市町村にある介護保険施設等に入り、春日井市が引き続き保険者となる住所地特例の登録がある者
- (2) 費用助成の申請時点において、納期限の到来している国民健康保険税を完納している世帯に属している者
- (3) 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条に定められている項目を受診した者
- (4) 次に掲げる区分に応じ、それぞれ定める期間に、春日井市以外で受診した者
 - ア 特定健診 受診年度における4月1日から12月末日まで
 - イ 特定保健指導 受診年度における4月1日から1月末日まで
- (5) 受診年度に、個別健診方式、人間ドック方式及び集団健診方式で春日井市が実施する特定健診等を受診していない者
- (6) 特定健診等費用の助成を申請する際に、次の事項に同意した者
 - ア 特定健診等の結果を春日井市の保健事業等に活用すること。
 - イ 特定健診等の結果のデータファイルを点検機関に提出すること。
 - ウ 特定健診等の受診における不明な点を実施機関に春日井市が問い合わせること。

(助成金の額)

第3条 助成金の額は、別表に掲げる特定健診等の内容に応じ、それぞれ同表上限額の欄に定める額を限度とする。

(助成金の申請)

第4条 特定健診等費用の助成を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、次に定める書類を受診年度の2月末日までに市長に提出しなければならない。

- (1) 特定健診等費用助成申請書（第1号様式）
- (2) 特定健診等費用の支払額を証する書類（写し）
- (3) 特定健診（眼底）検査内容等確認表（第2号様式（その1））及び特定保健指導内容等確認表（第2号様式（その2））
- (4) 特定健診（眼底）結果書及び特定保健指導実施報告書（写し）
- (5) 前各号に掲げるもののほか、市長が必要と認めるもの

(助成の決定)

第5条 市長は、前条の申請があった場合は、速やかにその内容を審査し、支給又は不支給の決定について、特定健診等費用助成支給（不支給）決定通知書（第3号様式）により、申請者に通知するものとする。

(助成金の請求)

第6条 助成金の支給の決定通知を受けた者は、市長に対して速やかに請求書（第4号様式）を提出しなければならない。

(助成金の支払い)

第7条 市長は、前条による請求を受けた場合は、速やかに助成金を支払うものとする。

(助成金の返還)

第8条 市長は、偽りその他の不正行為により助成金の支給を受けたと認められるときは、助成金を返還させることができる。

(雑則)

第9条 この要綱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

この要綱は、平成27年10月30日から施行し、平成27年4月1日以後に受診した特定健診等の費用について適用する。

附 則

この要綱は、令和2年5月15日から施行し、改正後の別表の規定は、令和元年10月1日以後に受診した特定健診等の費用について適用する。

附 則

- 1 この要綱は、令和3年4月1日から施行する。
- 2 この要綱の施行の際、改正前の春日井市国民健康保険特定健診等費用助成要綱の規定に基づいて調製されている用紙類は、改正後の春日井市国民健康保険特定健診等費用助成要綱の規定にかかわらず、当分の間、そのまま又は所要の訂正をして使用することがある。

特定健診等費用助成申請書

年 月 日

(宛先) 春日井市長

申請者 被保険者番号 _____
住 所 _____
氏 名 _____
電 話 番 号 (- -)

春日井市国民健康保険特定健康診査等費用助成要綱第4条の規定に基づき、関係書類を添えて、次の事項に同意のうえ、特定健診等費用の助成金を申請します。

- 1 春日井市において特定健康診査の結果を保管し、今後の市の保健事業等(①健康づくりに関する講座へのご案内、②特定健診・特定保健指導の評価、③市の統計資料、④国及び県への実施結果報告。なお、②～④は結果を匿名化し、部分的に利用)に活用すること。
- 2 春日井市が、特定健診及び特定保健指導の結果のデータファイルを愛知県国民健康保険団体連合会に点検依頼するため、部分的に提出すること。
- 3 春日井市から、特定健診・特定保健指導の結果等における不明な点を受診医療機関に直接問い合わせること。

助成申請額 _____ 円

【添付書類】

- 1 受診費用の領収書
- 2 特定健診（眼底）検査内容等確認表・特定保健指導内容等確認表
- 3 特定健診結果書の写し
- 4 眼底検査結果書の写し
- 5 特定保健指導実施報告書の写し

特定健診(眼底)検査内容等確認表

《被保険者番号》 _____

《氏 名》 _____

《特定健診(眼底検査)実施日》 _____ 年 月 日

実施した項目の□にレ点を金額欄には、本人への請求金額をご記入ください。

	検査項目	金額	内 容	
<input type="checkbox"/>	既往歴の調査	円	服薬歴及び喫煙習慣の状況調査(質問票)を含む	
<input type="checkbox"/>	自覚症状及び他覚症状の有無の検査		理学的検査(聴打診等身体診察)	
<input type="checkbox"/>	身長・体重・BMI・腹囲の測定			
<input type="checkbox"/>	血圧の測定			
<input type="checkbox"/>	肝機能検査		GOT(AST)・GPT(ALT)・γ-GTP	
<input type="checkbox"/>	血中脂質検査		中性脂肪(TG)・HDLコレステロール・LDLコレステロール	
<input type="checkbox"/>	血糖検査		空腹時血糖または、ヘモグロビンA1c(HbA1c)	
<input type="checkbox"/>	尿検査		尿中の糖及び蛋白の有無	
<input type="checkbox"/>	クレアチニン			
<input type="checkbox"/>	貧血検査		円	赤血球数・血色素量・ヘマトクリット値
<input type="checkbox"/>	心電図検査	円		<input type="checkbox"/> 必要性有
<input type="checkbox"/>	眼底検査	円		

《実施医療機関》

所在地

名称

担当医師名

電話番号

特定保健指導内容等確認表

《被保険者番号》 _____

《氏 名》 _____

実施日及び本人への請求金額をご記入ください。

支援区分	内 容	実 施 日	金 額
動機付け支援	初回面接実施時	. .	円
	実績評価実施時	. .	円
積極的支援	初回面接実施時	. .	円
	継続的支援実施時	. .	円
	実績評価実施時	. .	円

《実施医療機関》

所 在 地

名 称

担当医師名

電話番号

様

年 月 日

春日井市長

春日井市特定健診等費用助成支給（不支給）決定通知書

次のとおり、 年 月 日付けで申請がありました春日井市特定健診等費用助成金の支給（不支給）を決定しましたので、通知します。

支 給 内 容	特定健診等費用助成金	
支 給 決 定 金 額	円	
支給決定金額内訳	特定健診（基本項目）	円
	貧血検査	円
	心電図検査	円
	眼底検査	円
	特定保健指導(動機付け支援)	円
	特定保健指導(積極的支援)	円
不 支 給 の 理 由		
備 考		

