

船橋市後期高齢者医療制度加入者人間ドック及び脳ドック助成事業実施要綱

(目的)

第1条 この要綱は、人間ドックの受診による生活習慣病をはじめとした疾病の予防や早期発見及び早期治療に加え、脳ドックの受診による脳血管疾患のリスクの把握等による健康の保持増進を図り、千葉県後期高齢者医療広域連合が行う後期高齢者医療制度の加入者（以下「加入者」という。）の健康寿命の延伸や生活の質を向上させるとともに、医療費適正化の推進に資するため、船橋市後期高齢者医療制度加入者人間ドック及び脳ドック助成事業の実施に関し、必要な事項を定めることを目的とする。

(定義)

第2条 この要綱において、次の各号に掲げる用語の定義は、当該各号に定めるところによる。

- (1) 人間ドック 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）第1条第1項第1号から第9号までに規定する検査項目（同条第1項第3号に規定する腹囲を除く。）を満たした、生活習慣病その他の疾病の予防及び早期発見を目的とした総合的な健診をいう。
- (2) 脳ドック 脳血管疾患にかかるリスクの把握及び早期発見を目的とした健診をいう。
- (3) 指定実施機関 人間ドック又は脳ドックを実施する医療機関等で市が指定するものをいう。

(対象者)

第3条 人間ドックの助成を受けることができる加入者（以下「人間ドック対象者」という。）は、次の各号のいずれにも該当する者とする。

- (1) 人間ドック受診日において千葉県後期高齢者医療広域連合が行う後期高齢者医療制度の加入者であり、船橋市に住所を有している者（特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準第一条第一項の規定に基づき厚生労働大臣が定める者を除く。）
- (2) 市から別に定める人間ドックの受診券（以下「人間ドック受診券」という。）の送付を受けている者
- (3) 同一年度内において、受診券を用いて市の実施する後期高齢者健康診査及び各健康診査を受診していない者

2 脳ドックの助成を受けることができる加入者（以下「脳ドック対象者」という。）は、次の各号のいずれにも該当する者とする。

- (1) 脳ドック受診日の属する年度の末日において5の倍数の年齢に達する者
- (2) 脳ドック受診日において千葉県後期高齢者医療広域連合が行う後期高齢者医療制度の加入者であり、船橋市に住所を有している者（特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準第一条第一項の規定に基づき厚生労働大臣が定める者を除く。）
- (3) 脳ドック受診日の属する年度に、市が実施する後期高齢者健康診査若しくは各健康診査又は人間ドックを受診している者若しくは受診する予定の者

3 前2項の規定にかかわらず、その他市長が必要と認める者は、人間ドック対象者または脳ドック対象者とみなす。

(助成上限額)

第4条 人間ドックの助成上限額は13,000円とする。ただし、自己負担額が助成上限額に満たない場合は、自己負担額を限度とする。

2 脳ドックの助成上限額は10,000円とする。ただし、自己負担額が助成上限額に満たない場合は、自己負担額を限度とする。

3 同一実施機関で人間ドック及び脳ドックを組み合わせ受診した場合は、助成上限額は23,000円とする。

(助成回数)

第5条 人間ドック対象者及び脳ドック対象者に対する助成は、助成を受けようとしている人間ドック及び脳ドックのそれぞれの結果に対して1回限りとする。

(人間ドックの助成方法)

第6条 人間ドック対象者に対する助成は、現物給付又は償還払いの方法により行う。

2 人間ドック対象者が指定実施機関に人間ドック受診券の提出及び加入者であることを証明するものの提示をし、別表1の項目を満たす人間ドックを受診する場合は、現物給付による助成を行う。

3 前項に規定する助成を行う場合は、人間ドック対象者は、指定実施機関からの請求に基づき、人間ドックにかかる費用総額（消費税及び地方消費税を含む。）から、助成上限額を差し引いた額を、指定実施機関に対し支払うものとする。この場合において、市長は別に定めるところにより、当該指定実施機関に対し助成上限額相当分を支払うものとする。

4 現物給付による助成の実施期間は、当該年度の4月1日から翌年3月末日までとする。

5 人間ドック対象者が、第6条第2項に該当しない場合であって、別表2の項目を満たす人間ドックを受診する場合は、償還払いによる助成を行う。

6 前項に規定する助成を行う場合は、人間ドック対象者は、受診日の翌日から起算して2年以内に、人間ドック費用の助成について、費用助成申請書（第1号様式又は第2号様式）により、次に掲げる書類を添付して市長に申請しなければならない。

(1) 人間ドック受診券又は人間ドック対象者であることが確認できるもの

(2) 実際に受診に要した費用（自己負担額）が明記された領収書等

(3) 人間ドックの結果

7 市長は、前項の規定による申請があったときは、その内容を審査し、助成上限額又は実際に受診に要した費用のいずれか少ない額を、人間ドック対象者へ支払うものとする。

(脳ドックの助成方法)

第7条 脳ドック対象者に対する助成は、現物給付又は償還払いの方法により行う。

2 脳ドック対象者が指定実施機関に脳ドック受診券の提出及び加入者であることを証明するものの提示をし、別表3の項目を満たす脳ドックを受診する場合は、現物給付による助成を行う。

3 前項に規定する助成を行う場合は、脳ドック対象者は、指定実施機関からの請求に基づき、脳ドックにかかる費用総額（消費税及び地方消費税を含む。）から、助成上限額を差し引いた額を、指定実施機関に対し支払うものとする。この場合において、市長は別に定めるところにより、当該指定実施機関に対し助成上限額相当分を支払うものとする。

4 現物給付による助成の実施期間は、当該年度の4月1日から翌年3月末日までとする。

5 脳ドック対象者が、第7条第2項に該当しない場合であって、別表3の項目を満たす脳ドック

を受診する場合は償還払いによる助成を行う。

- 6 前項に規定する助成を行う場合は、脳ドック対象者は、受診日の翌日から起算して2年以内に、脳ドック費用の助成について、費用助成申請書（第2号様式）により、次に掲げる書類を添付して市長に申請しなければならない。

- (1) 脳ドック受診券又は脳ドック対象者であることが確認できるもの
- (2) 実際に受診に要した費用（自己負担額）が明記された領収書等
- (3) 脳ドックの結果

- 7 市長は、前項の規定による申請があったときは、その内容を審査し、助成上限額又は実際に受診に要した費用のいずれか少ない額を、脳ドック対象者へ支払うものとする。

（検査結果の通知）

第8条 市が受領した人間ドックの結果については、必要に応じて健康診査受診結果通知表として人間ドック対象者へ通知する。

- 2 市は、前項に掲げる通知のほか、必要に応じて保健指導を実施する。

（助成金の返還）

第9条 市長は、偽りその他不正の手段により人間ドック又は脳ドックの助成を受けた者があるとき、並びに対象者でないと判明した時は、その者からその金額の全部又は一部を返還させることができる。

（補則）

第10条 この要綱に定めるもののほか、この要綱の施行に関し必要な事項は別に定める。

附 則

この要綱は、平成28年4月1日から施行し、同日以後に受診した人間ドックについて適用する。

附 則

この要綱は、平成29年4月1日から施行し、同日以後に受診した人間ドックについて適用する。

附 則

この要綱は、平成30年4月1日から施行し、同日以後に受診した人間ドック及び脳ドックについて適用する。

附 則

この要綱は、平成31年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和3年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和6年4月1日から施行し、同日以後に受診した人間ドック及び脳ドックについて適用する。

指定実施機関指定項目一覧

検査項目	
診察等	診察結果（既往歴・自覚症状・他覚症状等の調査等）
	身長・体重・腹囲（任意）
	収縮期血圧・拡張期血圧
	医師の判断（メタボリックシンドローム判定・医師の総合評価・医師の氏名等）
血液検査	総蛋白
	血清アルブミン
	A S T（G O T）
	A L T（G P T）
	γ -G T（ γ -G T P）
	空腹時血糖（又は随時血糖）
	血清クレアチニン
	血清尿酸
	H D L コレステロール
	L D L コレステロール
	空腹時中性脂肪（又は随時中性脂肪）
	H b A 1 c（ヘモグロビンA 1 c）
	ヘモグロビン
	ヘマトクリット
	赤血球数
	白血球数
	血小板数
尿検査	蛋白
	糖
	潜血
胸部エックス線検査（又はC T検査など同等検査）	
便潜血検査（又は下部内視鏡検査など同等検査）	
胃部エックス線検査（又は上部内視鏡検査など同等検査）	
心電図検査	
腹部超音波検査（胆・肝・膵・腎）	

「厚生労働省令第百五十七号(平成十九年十二月二十八日) 特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準」に準ずるものとする。

償還払い指定項目一覧

検査項目	
診察等	診察結果（既往歴・自覚症状・他覚症状等の調査等）
	身長・体重・腹囲（任意）
	収縮期血圧・拡張期血圧
	医師の判断（医師の総合評価・医師の氏名等）
血液検査	A S T （G O T）
	A L T （G P T）
	γ - G T （ γ - G T P）
	空腹時血糖（又は随時血糖）
	H D L コレステロール
	L D L コレステロール
	空腹時中性脂肪（又は随時中性脂肪）
	H b A 1 c （ヘモグロビン A 1 c）
尿検査	蛋白
	糖

「厚生労働省令第百五十七号(平成十九年十二月二十八日) 特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準」に準ずるものとする。

指定実施機関及び償還払い指定項目一覧

検査項目	
診察等	診察結果
	医師の判断（脳ドックにかかる医師の判定・医師の氏名）
頭部検査	MR I（MR断層検査）・MRA（MR血管検査）

船橋市人間ドック・脳ドック費用助成申請書

船橋市長 あて

確認事項について了承のうえ申請します。

令和 年 月 日

申請者	フリガナ	申請者印	生年月日	電話番号
	氏名			(日中連絡のとれるもの)
			昭和 大正	()
			年 月 日	

住所	船橋市
----	-----

受診情報	受診方法		助成上限額(A)		自己負担額(B)		助成申請額	
	☐	人間ドック単独	13,000	円		円		円
	☐	脳ドック単独	10,000	円				
	☐	人間ドック+脳ドック	23,000	円				
	受診日		実施機関名				助成申請額は、(A)と(B)のいずれかのうち金額が少ない額となります。	
令和 年 月 日								

【注意点】助成申請額を訂正した場合、本申請書は無効

振込先	金融機関名		金融機関コード				支店名		店番号	
	口座種類		口座番号						口座名義人(カタカナで記入)	
	普通・当座・貯蓄									
	委任 【申請者と口座名義人が異なる場合は記入してください。】									
	私は、下記の者を代理人と定め、人間ドック・脳ドックにかかる助成費用の受領を委託します。 代理人 (口座名義人) 住所 _____ 氏名 _____ 委任者(申請者) 氏名 _____ (印)									

(領収書無きものは無効です)

¥

—

但 健診代として 上記正に領収しました

印

サンプルのため実際の申請には使用不可

第2号様式

捨印

船橋市人間ドック・脳ドック費用助成申請書

船 橋 市 長 あて

確認事項について了承のうえ申請します。

令和 年 月 日

申請者	フリガナ	申請者印	生 年 月 日	電 話 番 号
	氏 名			(日中連絡のとれるもの)
		昭和 大正	()	
				年 月 日

住所	船橋市
----	-----

受診情報	受 診 方 法		助成上限額 (A)		自己負担額 (B)		助 成 申 請 額	
	☐	人間ドック単独	13,000	円		円		円
	☐	脳ドック単独	10,000	円				
	☐	人間ドック+脳ドック	23,000	円				
	受 診 日		実 施 機 関 名				助成申請額は、(A)と(B)のいずれかのうち金額が少ない額となります。	
令和 年 月 日								

【注意点】助成申請額を訂正した場合、本申請書は無効

振込先	金融機関名		金融機関コード				支店名		店番号		
	口座種類	口座番号						口座名義人(カタカナで記入)			
	普通・当座・貯蓄										
	委任 【申請者と口座名義人が異なる場合は記入してください。】										
	私は、下記の者を代理人と定め、人間ドック・脳ドックにかかる助成費用の受領を委託します。										
	代理人 (口座名義人)		住所 _____ 氏名 _____ 委任者(申請者) 氏名 _____ (印)								

領収書貼付欄	
(人間ドック・脳ドック費用が分かる領収書(原本)を貼り付けて下さい)	