

浦安市規則第31号

浦安市国民健康保険人間ドック費用の助成に関する規則

(目的)

第1条 この規則は、人間ドック費用を助成し、本市の国民健康保険の被保険者（以下「被保険者」という。）の人間ドックの受診を促進することにより、生活習慣病その他疾病の予防、早期発見及び早期治療を図り、もって被保険者の健康の保持増進及び健康寿命の延伸並びに医療費の適正化に資することを目的とする。

(定義)

第2条 この規則において「人間ドック」とは、生活習慣病その他疾病の予防、早期発見及び早期治療を目的とする身体の精密検査により行う健康診断であって、別表に掲げる全ての検査項目を満たすものをいう。

(助成の対象者)

第3条 人間ドック費用の助成を受けることができる者は、受診日時点において助成金の交付の申請をしようとする日の属する年度（以下「申請年度」という。）の4月1日から継続して被保険者である者であって、次のいずれにも該当するものとする。

- (1) 申請日時点において、国民健康保険税を滞納していない世帯に属すること。
- (2) 申請年度において、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）第20条に規定する特定健康診査（以下「特定健康診査」という。）及び千葉県後期高齢者医療広域連合後期高齢者医療に関する条例（平成19年千葉県後期高齢者医療広域連合条例第27号）第4条第1号に規定する健康診査を受けていないこと。
- (3) 人間ドックの検査結果を本市が行う特定健康診査、高齢者の医療の確保に関する法律第18条第1項に規定する特定保健指導及び国民健康保険法（昭和33年法律第192号）第82条第1項の規定による保健事業に利用することに同意すること。

- (4) 申請年度において、この規則及び浦安市後期高齢者医療制度人間ドック費用の助成に関する規則（令和7年規則第32号）に基づく人間ドック費用の助成を受けていないこと。

（助成金の額）

第4条 人間ドック費用の助成金の額は、20,000円とする。ただし、人間ドック費用に係る自己負担額が20,000円に満たない場合は、当該自己負担額を限度とする。

（助成の申請）

第5条 人間ドック費用の助成を受けようとする者は、浦安市国民健康保険人間ドック費用助成申請書（別記第1号様式）に、次に掲げる書類を添えて、市長に申請しなければならない。ただし、第1号の書類については、市長が国民健康保険税の滞納の状況を確認することができる場合は、添付することを要しない。

- (1) 国民健康保険税を滞納していないことを証する書類
- (2) 人間ドックの検査結果を証する書類の写し
- (3) 人間ドック費用を支払ったことを証する書類
- (4) その他市長が必要と認める書類

2 前項の申請は、人間ドックの受診日の属する年度の末日までに行わなければならない。

（助成の決定等）

第6条 市長は、前条第1項の規定による申請を受けたときは、その内容を審査し、助成の可否を決定し、その結果を浦安市国民健康保険人間ドック費用助成交付・不交付決定通知書（別記第2号様式）により、当該申請者に通知するものとする。

（助成の決定の取消し）

第7条 市長は、偽りその他不正の手段により人間ドック費用の助成の決定を受けた者がいるときは、当該助成の決定を取り消すことができる。

（助成金の返還）

第8条 市長は、前条の規定により助成の決定を取り消した場合において、当該取消しに係る部分に関し、既に助成金が交付されているときは、期限を定

めて、その返還を命ずるものとする。

(補則)

第9条 この規則に定めるもののほか、浦安市国民健康保険人間ドック費用の助成に関し必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この規則は、令和7年4月1日から施行する。

別表（第2条）

検査項目	
診察等	診察（既往歴・自覚症状・他覚症状等の調査等）
	身長・体重・腹囲・BMI
	収縮期血圧・拡張期血圧
	医師の判断（医師の総合評価等）
血液検査	中性脂肪
	HDLコレステロール
	LDLコレステロール
	AST（GOT）
	ALT（GPT）
	γ -GT（ γ -GTP）
	アルブミン
	尿酸
	血清クレアチニン
	eGFR
	血糖
	HbA1c
	赤血球数
血色素量	
ヘマトクリット	
尿検査	糖
	蛋白
眼底検査	
心電図検査	
腹部超音波検査	

別 記

第 1 号様式 (第 5 条第 1 項)

浦安市国民健康保険人間ドック費用助成申請書

年 月 日

(宛先) 浦安市長

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名		被保険者 記号・番号(注)	浦一
	住所	〒 ー	電話番号	ー ー
			人間ドック 実施医療機関名	
		受診日	年 月 日	

(注) 記号番号については、資格確認書、資格情報通知書、マイナポータル等で確認してください。

自己負担額 (A)	助成上限額 (B)	助成申請額 (A) と (B) のどちらか少ない額を記入してください。
円	20,000円	円

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 (カタカナで記入)			
	普通・当座・ 貯蓄								

以下の助成要件等をご確認いただき、署名してください。

- ・ 国民健康保険税の滞納はありません。市職員が国民健康保険税の納付状況について、市が保有する情報を確認することに同意します。
- ・ (40歳以上の方のみ) 人間ドックを受診した年度の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(受診しません)。※助成金交付後に特定健康診査及び後期高齢者健康診査を受診した場合、受診料を返還していただきます。
- ・ 交付決定後の受診結果が特定健康診査結果として登録され、特定保健指導やその他保健事業に利用されることに同意します。

上記助成要件等について同意します。

署名 (申請者)

※申請者と口座名義人が異なる場合は、以下の委任状に記入が必要です。

委任状

私は、上記口座名義人(代理人)に浦安市国民健康保険人間ドック費用助成金の受領を委任します。

署名 (申請者)

第2号様式（第6条）

第 号
年 月 日

様

浦安市長



浦安市国民健康保険人間ドック費用助成交付・不交付決定通知書

年 月 日付けで申請のあった浦安市国民健康保険人間ドック費用の助成について、浦安市国民健康保険人間ドック費用の助成に関する規則第6条の規定により次のとおり決定したので、通知します。

1 交付決定

助成金額 円

2 不交付決定

（理由）

教示

- 1 この決定に不服がある場合には、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、浦安市長に対して審査請求をすることができます（なお、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。）。
- 2 この決定については、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、浦安市を被告として（訴訟において浦安市を代表する者は浦安市長となります。）、処分の取消しの訴えを提起すること

ができます（なお、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。ただし、上記1の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、処分の取消しの訴えを提起することができます。