

見附市告示第49号

見附市後期高齢者医療人間ドック健診費用助成要綱を次のように定める。

令和5年4月1日

見附市長 稲田 亮

見附市後期高齢者医療人間ドック健診費用助成要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、後期高齢者医療制度の被保険者（以下「被保険者」という。）を対象として、被保険者の疾病の予防、早期発見及び早期治療を推進し、被保険者の健康の保持増進に寄与するため、人間ドック健診（以下「健診」という。）を受けた費用の一部を予算の範囲内において助成することに関し、見附市補助金等交付規則（昭和34年見附市規則第5号。以下「規則」という。）に定めるもののほか、必要な事項を定めるものとする。

(助成対象者)

第2条 健診の助成対象者は、次の各号のいずれにも該当する被保険者とする。

- (1) 健診を受診する日において新潟県後期高齢者医療広域連合の被保険者であり、かつ、見附市内に住所を有する者
- (2) 後期高齢者医療保険料を滞納していない者
- (3) 新潟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年新潟県後期高齢者医療広域連合条例第33号）第3条の規定による健康診査を受けていない者

(助成金の額等)

第3条 助成金の額は、助成対象者が負担した健診の費用の額とし、1万円を限度とする。

2 助成金の交付は、1年度につき、1回限りとする。

(助成申請手続)

第4条 助成を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、健診を受けた年度の末日までに健診の領収書を添付し、見附市後期高齢者医療人間ドック健診費用助成金支給申請書（様式第1号）を市長に提出しなければならない。

(助成金の支給)

第5条 市長は、前条の規定により助成金の申請があったときは、速やかに必要事項を審査し、助成金の支給が適当と認めるときは、見附市後期高齢者医療人間ドック健診費用助成金支給決定通知書（様式第2号）により申請者に通知し、指定された口座に助成金を振り込むものとする。

（決定の指令等の特例）

第6条 規則第6条の規定による決定の指令等は、前条の規定による通知書の交付により行うものとする。

（実績報告の特例）

第7条 規則第7条に規定する実績報告は、第4条の規定により提出する申請書に健診に係る領収書を添えて市長に提出することにより行うものとする。

（その他）

第8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。

# 様式第1号（第4条関係）

様式第1号（第4条関係）

## 見附市後期高齢者医療人間ドック健診費用助成金支給申請書

（宛先）見附市長

人間ドック健診を受診しましたので、領収書を添えて次のとおり申請します。  
 また、私は、人間ドック健診で得られた結果を自らの健康管理を行うために、見附市及び新潟県後期高齢者医療広域連合へ提供することに同意します。  
 なお、結果については、私の今後の保健指導及び健康相談を実施するとき並びに特定の個人が識別されることがない方法で統計・調査研究を実施する場合に限り使用することに同意します。

		年 月 日	
被保険者番号			
受診者氏名 （被保険者名）			
生年月日	年 月 日	日生	
医療機関名		受診年月日	年 月 日
人間ドック健診費用	円	支給申請額	円
市の健康診査を受診しましたか又はする予定でいますか （市が行う健康診査を受けた人は人間ドック健診費用助成の対象になりません。）			はい・いいえ
※ 振込先	金融機関名	本・支店名	
	銀行・信組 信金・農協 労金	本店 支店 出張所	口座種別 普通
	口座番号	(フリガナ) 口座名義	

※ ゆうちょ銀行口座への振込は、振込用の支店名・口座番号が必要です。

【委任状欄】	申請者（被保険者）と振込先の口座名義が違う場合は記入してください。
	[委任する方] _____ [委任を受ける方] _____
	助成金の受領を右記の者に委任します。 住所 _____
	申請者（被保険者） _____ 氏名 _____
	_____ 電話 ( _____ ) _____
_____ 携帯 _____	
_____ 委任者からみた続柄 _____	

〒 \_\_\_\_\_

申請者 住所 見附市 \_\_\_\_\_

(被保険者) 氏名 \_\_\_\_\_

電 話 \_\_\_\_\_ 携 帯 \_\_\_\_\_

担当者確認欄	資格 有 ・ 無	滞納 有 ・ 無
--------	----------	----------

様式第2号（第5条関係）

様式第2号（第5条関係）

年 月 日

様

見附市長

見附市後期高齢者医療人間ドック健診費用助成金支給決定通知書

年 月 日付で申請のありました助成金の支給について、次のとおり決定しましたので通知します。

記

被 保 険 者 番 号		
受 診 者 氏 名 (被保険者名)		( )
支 給 決 定 額		円
振 込 先	金 融 機 関 名	
	金融機関支店名	
	口 座 名 義 人	
振 込 予 定 年 月 日		

附 則

この要綱は、令和5年4月1日から施行する。