

本巢市国民健康保険ドック健診費用の助成に関する要綱

(趣旨)

第1条 この告示は、本市国民健康保険被保険者（以下「国保被保険者」という。）の健康保持を図るため、医療機関等の健診機関において受診する健康診査(以下「ドック健診」という。)に係る費用(以下「健診料」という。)の一部を助成するために必要な事項を定めるものとする。

(助成対象者)

第2条 健診料の助成を受けることのできる者は、本市に住所を有する国保被保険者で、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）に基づく特定健康診査の該当者とし、特定健康診査項目相当以上の検査を受け、その結果を本市に提供できる者とする。

(助成金の額)

第3条 健診料の助成額は、健診料の3分の1の額とする。ただし、1万1,000円を上限とする。

2 前項の助成は、助成対象者1人につき年度内1回とし、特定健康診査受診者は助成対象外とする。

(助成金の申請等)

第4条 第2条の規定により健診料の助成を受けようとする者は、本巢市国民健康保険ドック健診費用助成申請書(別記様式)に健診結果の写し及び健診料の領収書を添えて、受診した日から3月以内に市長に提出しなければならない。

2 市長は、前項の申請書を受理したときはその内容を審査し、適当と認められた者について助成するものとする。

(補則)

第5条 この告示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

この告示は、平成20年4月1日から施行する。

別記様式(第4条関係)

年 月 日

本巢市長 様

申請者 住所 本巢市
氏名 印
電話 - -
世帯コード - -
国保記号番号

本巢市国民健康保険ドック健診費用助成申請書

ドック健診を受診しましたので、本巢市国民健康保険ドック健診費用の助成に関する要綱に基づき、健診結果の写し及び健診料の領収書を添えて助成金の申請をします。

1 健診状況

氏名	
生年月日	年 月 日
健診日	年 月 日
健診機関名	

2 助成金の振込先

金融機関名		本・支店名	
普通・当座	口座番号	フリガナ	
		口座名義人	

助成金の額(この欄は記入しないでください。)

A 健診料 円

B 健診料の3分の1の額 円

C 上限額 11,000円

D 助成額 円

領収書は、のり等で裏面に貼り付けてください。