

加古川市国民健康保険人間ドック助成要綱

平成 27 年 3 月 30 日 市民部長決定

(趣旨)

第 1 条 この要綱は、人間ドック助成について、加古川市国民健康保険人間ドック助成規則(昭和 56 年規則第 15 号。以下「規則」という。)に定めがあるもののほか、必要な事項を定めるものとする。

(交付申請の期日)

第 2 条 規則第 5 条に規定する期日は、受診予定日の 3 週間前とする。ただし、特別の事情があると認められる場合は、この限りでない。

(申請書の様式)

第 3 条 規則第 5 条及び第 1 1 条の規定による申請書は、様式第 1 号とする。

(交付決定(却下)通知書の様式)

第 4 条 規則第 6 条及び第 1 1 条の規定による加古川市国民健康保険人間ドック助成金交付決定(却下)通知書は、様式第 2 号とする。

(助成券の様式)

第 5 条 規則第 7 条及び第 1 1 条の規定による助成券は、様式第 3 号とする。

附 則

この要綱は、平成 27 年 4 月 1 日から施行する。

附 則(平成 28 年 3 月 25 日市民部長決定)

この要綱は、平成 28 年 4 月 1 日から施行する。

附 則(平成 28 年 6 月 29 日市民部長決定)

1 この要綱は、平成 28 年 7 月 1 日から施行する。

ただし、様式第 1 号(「磯病院」を「医療法人社団栄徳会 加古川磯病院」に改める部分に限る。)の改正規定は、決裁日から施行する。

(経過措置)

2 この要綱の施行日前になされた地方独立行政法人加古川市民病院機構加古川西市民病院又は地方独立行政法人加古川市民病院機構加古川東市民病院に係る助成金交付の申請は、地方独立行政法人加古川市民病院機構加古川中央市民病院に係る助成金交付の申請とみなす。

附 則(平成 29 年 3 月 30 日市民部長決定)

この要綱は、平成 29 年 4 月 1 日から施行する。

附 則(平成 30 年 3 月 26 日市民部長決定)

この要綱は、平成 30 年 4 月 1 日から施行する。

附 則(平成 31 年 3 月 22 日市民部長決定)

この要綱は、平成 31 年 4 月 1 日から施行する。

附 則(令和 3 年 3 月 17 日市民部長決定)

この要綱は、令和 3 年 4 月 1 日から施行する。

附 則(令和 4 年 3 月 22 日健康医療部長決定)

この要綱は、令和4年4月1日から施行する。

附 則（令和6年11月22日健康医療部長決定）

この要綱は、令和6年12月2日から施行する。ただし、様式第1号の改正規定及び様式第3号の改正規定（申請時年齢を削る部分に限る。）は、令和7年4月1日から施行する。

加古川市国民健康保険人間ドック助成金交付申請書

年 月 日

加古川市長 様

人間ドック助成金の交付を受けたいので、加古川市国民健康保険人間ドック助成規則（昭和56年規則第15号）第5条の規定により申請します。また、人間ドック助成金の請求及び受領に関する権限は、下記受任者に委任します。

なお、申請にあたり、次の事項について、相違ないことを認めます。

- 1 受診日の属する年度において本市が実施する特定健康診査又は特定健康診査に準ずる健康診査を受診していないこと。
- 2 人間ドックの受診結果を受診医療機関より提供を受けて本市が実施する特定健康診査及び特定保健指導並びに保健事業において活用することに同意すること。

フリガナ		被保険者 記号・番号							
申請者兼同意者 兼委任者 (受診者) 氏名		生年月日	年 月 日						
住 所	〒 ー 加古川市 電話番号 ー ー								
受任者 (受診医療機関) 及び 受診コース (選択欄のいずれかに「○」を付ける)	受診医療機関等	選択	受診コース						
	加古川総合保健センター		1日コース						
			2時間コース						
	加古川中央市民病院		1泊2日コース						
			2日通院コース						
			1日コース						
	はりま病院		半日コース						
	加古川磯病院		半日コース						
	順心病院		1日コース						
	たずみ病院		1日コース						
	松本病院		1日コース						
堀胃腸外科		1日コース							
大西メディカルクリニック		半日コース							
受診予定日	年 月 日 ()								

<市記入欄>

資格審査	年 月 日現在	特定健診等の受診	無・有
資格取得日	年 月 日	審査結果	<input type="checkbox"/> 交付決定 <input type="checkbox"/> 却下
保険給付	無・有	助成金額	
納付状況	完納・滞納	備考	

加古川市国民健康保険人間ドック助成金交付決定（却下）通知書

第 号
年 月 日

様

加古川市長

年 月 日付で申請のあった人間ドック助成金の交付については、加古川市国民健康保険人間ドック助成規則（昭和56年規則第15号）第6条の規定により、下記のとおり決定したので通知します。

記

決 定 区 分	<input type="checkbox"/> 交付決定	<input type="checkbox"/> 却下
受 診 コ ー ス		
助 成 金 額		
却 下 理 由 (却下の場合のみ記入)		
備 考		

この決定に不服のある場合は、以下のとおりとなります。

- ① この通知書に記載された事項（以下「処分」という。）について不服がある場合には、この処分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、加古川市長に対して審査請求をすることができます。なお、この処分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、この処分があった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 この処分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、加古川市（代表者：加古川市長）を被告として、処分の取消しの訴えを提起することができます。なお、この処分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、この処分があった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には、当該審査請求に対する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、処分の取消しの訴えを提起することができます。
- ③ 詳細については加古川市国民健康保険課給付係にお問い合わせください。

◎ 問合わせ先

加古川市国民健康保険課 給付係

TEL 079 - 427 - 9188（直通）

加古川市国民健康保険人間ドック助成券

被 保 険 者	記号		番号	
住 所				
氏 名				
生 年 月 日				
有 効 期 限				
受 診 コ ー ス				
助 成 金 額				
発 行 者 年 月 日 加古川市加古川町北在家 2000 番地 加古川市長 印				

人 間 ド ッ ク 実 施 機 関 記 入 欄	申込年月日	年 月 日
	受診年月日	年 月 日

(注意事項)

1. 受診の際に、この助成券を、人間ドック実施機関に提出してください。
2. 助成券に記載された人以外は、使用できません。
3. この助成券は、上記記載の人間ドック以外には使用できません。
4. 必ず有効期限内に受診してください。
5. 受診日において、加古川市国民健康保険の資格を喪失している人は、この助成券は無効となります。