

大泉町国民健康保険被保険者等人間ドック検診費助成事業の実施について

大泉町国民健康保険被保険者等人間ドック検診費助成金の交付目的、内容、交付手続等は、次のとおりです。

1 交付目的

国民健康保険及び後期高齢者医療保険の被保険者のうち、この要項に定める人間ドック検診を受ける者に対して検診費の助成を行うことにより、被保険者の健康の保持増進を図ることを目的とします。

2 内容

補助対象者	次のいずれかに該当する者とします。ただし、町長が特に必要と認めた場合は、この限りではありません。 1 大泉町国民健康保険の被保険者で、国民健康保険税を完納している世帯の者 2 後期高齢者医療保険の被保険者で、後期高齢者医療保険料を完納している者
検診機関及び検診方法	人間ドックを実施している医療機関とし、検診方法は、日帰りドック、一泊ドック及び脳ドックとします。
助成金額	人間ドック検診費の助成金（以下「助成金」といいます。）は、人間ドックの検診費（以下「検診費」といいます。）の6割の額とします。ただし、1人につき、日帰りドックについては20,000円、一泊ドックについては30,000円、脳ドックについては30,000円を限度とします。 ※ 同一年度内において、助成金の交付を受けることができる回数は1人1回です。ただし、脳ドックに関する助成金の交付を受けた者は、当該助成金の交付を受けた年度の翌年度から4年度間は、この要項による脳ドックに関する助成金の交付を受けることができません。

3 交付手続

交付申請の方法	助成金を受けようとする者は、検診後、速やかに、大泉町国民健康保険被保険者等人間ドック検診費助成金交付申請書（様式第1号）又は大泉町国民健康保険被保険者等人間ドック検診費助成金交付申請書兼国民健康保険税等調査閲覧同意書（様式第2号。以下「申請書兼同意書」といいます。）に次に掲げる書類を添
---------	---

	<p>えて、申請してください。ただし、申請書兼同意書による申請の場合は、4の書類の添付は必要ありません。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 検診費の領収書の添付 2 人間ドック検診結果報告書の提示又は写しの添付 3 大泉町国民健康保険被保険者証又は後期高齢者医療被保険者証の提示 4 住民票の写し及び納税証明書の添付
補助金の交付時期等	<ol style="list-style-type: none"> 1 提出された申請書類の審査を行い、適当と認めるときは、大泉町国民健康保険被保険者等人間ドック検診費助成金交付決定通知書（様式第3号）により通知し、助成金を交付します。 2 提出された申請書類の審査を行い、適当でないと認めるときは、大泉町国民健康保険被保険者等人間ドック検診費助成金不交付決定通知書（様式第4号）により通知します。
補助金の返還等	<p>偽りその他不正な手段により助成金の交付決定を受けた者がいたときは、助成金の交付決定を取り消します。</p> <p>また、既に助成金を交付しているときは、指定した期限までに、その全部又は一部を返還しなければなりません。</p>

4 各種様式

申請書等の様式	<ol style="list-style-type: none"> 1 大泉町国民健康保険被保険者等人間ドック検診費助成金交付申請書（様式第1号） 2 大泉町国民健康保険被保険者等人間ドック検診費助成金交付申請書兼国民健康保険税等調査閲覧同意書（様式第2号） 3 大泉町国民健康保険被保険者等人間ドック検診費助成金交付決定通知書（様式第3号） 4 大泉町国民健康保険被保険者等人間ドック検診費助成金不交付決定通知書（様式第4号）
---------	---

5 事業期間

期 間	令和4年4月1日から
-----	------------

6 担当部署

大泉町国民健康保険課	電話 0276(63)3111
------------	-----------------