

天理市国民健康保険脳ドック検診助成要綱

(趣旨)

第1条 脳卒中等生活習慣病の早期発見及び早期治療のため、国民健康保険被保険者に対して脳ドック検診に要する費用（以下「検診料」という。）につき、予算の範囲内において助成を行うものとし、その交付に関しては、天理市補助金交付規則（平成15年2月天理市規則第3号）に定めるもののほか、この要綱の定めるところによる。

(対象者)

第2条 助成の対象となる者（以下「対象者」という。）は、次の各号のいずれにも該当する被保険者とする。

- (1) 検診料の助成を申請する日（以下「申請日」という。）において年齢が40歳以上の者であること。
- (2) 申請日において、申請日前1年以上継続して被保険者の資格を有していること。
- (3) 申請日において、国民健康保険料を完納している世帯の世帯主又はその世帯に属する者であること。

(助成の範囲)

第3条 検診料の助成は、脳ドック検診を実施している検査機関において、脳ドック検診を受診した対象者に対し行うものとする。この場合において、助成の回数は、対象者1人につき1年度1回限りとする。

2 この要綱により助成を受けた者は、同一年度において天理市国民健康保険人間ドック健診助成要綱の規定による助成を受けることができない。

(助成額等)

第4条 助成する額は、検診料の7割に当たる額とし、28,000円を限度とする。この場合において、助成額に10円未満の端数が生じたときは、これを切り捨てるものとする。

(助成の申請)

第5条 検診料の助成を受けようとする者は、天理市国民健康保険脳ドック検診助成金交付申請書(様式第1号)を、当該年度の末日までに市長に提出しなければならない。

(受診の通知)

第6条 市長は、前条の申請があったときは、直ちに受診の適否を審査し、適当と認めたときは天理市国民健康保険脳ドック検診受診通知書(様式第2号)により受診の通知をするものとする。

(決定の通知)

第7条 市長は、当該申請を適当と認めたときは、検診料の助成を決定するとともに、天理市国民健康保険脳ドック検診助成金交付決定通知書(様式第3号)により当該申請者に通知するものとする。

(申請の取下げ)

第8条 申請者は、交付決定の通知を受けた場合において、決定の内容又はこれに付された条件に不服があるときは、当該年度の末日までに申請を取り下げることができる。

(交付請求)

第9条 交付決定の通知を受けた者は、検診を受診後に天理市国民健康保険脳ドック検診助成金交付請求書(様式第4号)に受診した検査機関の領収書を添付し、当該年度の末日までに市長に助成金の交付を請求するものとする。

(その他)

第10条 この要綱に定めるもののほか必要な事項は、市長が定める。

附 則

この要綱は、平成15年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成22年4月1日から施行する。

課 長	課長補佐	係 長	係

様式第1号 (第5条関係)

天理市国民健康保険 脳ドック検診助成金交付申請書

No.

ふりがな		性 別	男 ・ 女
受 診 者 氏 名		生 年 月 日	年 月 日 (年齢 歳)
住 所	天理市 町 番地	電 話 番 号	
		受 診 検 査 機 関 名	
被 保 険 者 証 記 号 番 号	奈 4 ・		
世 帯 主 氏 名		受 診 予 定 年 月 日	年 月 日

上記のとおり、脳ドック検診を受診したく申請します。

天理市長

様

年 月 日

申請者氏名

次の3項目のいずれにも該当していること。	適 合	不 適 合
① 申請日において、年齢が40歳以上の被保険者であること。		
② 申請日において、申請日前1年以上継続して被保険者の資格を有していること。		
③ 申請日において、国民健康保険料を完納している世帯の世帯主またはその世帯に属する者であること。		

天理市国民健康保険 脳ドック検診受診通知書

No.

ふりがな		性別	男・女
受診者名 氏名		生年月日	年 月 日 (年齢 歳)
住所	天理市 町 番地	電話番号	
被保険者証 記号番号	奈4・		
世帯主氏名			

上記のとおり、天理市国民健康保険脳ドック検診を受診していただく
よう通知します。

年 月 日

天理市長

様式第3号(第7条関係)

第 号
年 月 日

天理市国民健康保険脳ドック検診助成金交付決定通知書

様

天理市長

天理市国民健康保険脳ドック検診助成金について、交付することに決定したので、天理市国民健康保険脳ドック検診助成要綱第7条の規定により、次のとおり 通知します。

記

助成金額 _____ 円

受診者

氏名

住所

生年月日

補助条件

天理市国民健康保険脳ドック検診助成金交付請求書

請求金額 _____ 円

年 月 日付の交付決定により、脳ドック検診を受診したので、天理市国民健康保険脳ドック検診助成要綱の規定に基づき、受診した検査機関の領収書を添えて上記の金額の交付請求します。

年 月 日

天理市長 様

請求者 住所	天理市	町	番地
受診者氏名	印		
生年月日	年	月	日
電話番号			
保険証記号番号	奈4・		

上記の金額の受領を下記代理人に委託します。

年 月 日

代理人

住所

氏名

振込先

金融機関名	
支店名	支店
預金種別	1 普通 ・ 2 当座 ・ 3 その他
口座番号	
ふりがな	
名義人	