

品川区国民健康保険・後期高齢者医療制度人間ドック受診助成金交付要綱

制定 平成26年3月26日 区長決定

要綱第 34号

改正 平成27年2月19日 区長決定 要綱第 33号

改正 平成28年2月26日 区長決定 要綱第 72号

改正 平成29年3月30日 区長決定 要綱第 43号

改正 平成30年3月22日 区長決定 要綱第 51号

改正 平成31年4月15日 区長決定 要綱第172号

改正 令和 3年3月22日 区長決定 要綱第 47号

改正 令和 5年2月27日 区長決定 要綱第 22号

改正 令和 6年3月28日 区長決定 要綱第 93号

改正 令和 8年2月17日 区長決定 要綱第 2号

(目的)

第1条 この要綱は、国民健康保険（品川区国民健康保険条例（昭和34年品川区条例第20号。以下「国保条例」という。）第1条に規定する国民健康保険をいう。）の被保険者または後期高齢者医療制度（東京都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年東京都後期高齢者医療広域連合条例第44号。以下「広域連合条例」という。）第1条に規定する後期高齢者医療をいう。以下同じ。）の被保険者（品川区後期高齢者医療に関する条例（平成20年品川区条例第10号）第4条に規定する被保険者に限る。）（以下「被保険者」という。）が人間ドック（一般社団法人日本病院会もしくは公益社団法人全日本病院協会の認定を受けた施設における検査またはこれに類する検査であって、別表に定める検査項目を全て含み、当該検査に要する費用について健康保険の適用を受けず、その全額を自己負担するものをいう。以下同じ。）を受診した場合において支払うべき費用（以下「受診費用」という。）の一部を助成する品川区国民健康保険・後期高齢者医療制度人間ドック受診助成金（以下「助成金」という。）の交付について必要な事項を定め、被保険者の疾病の予防および早期発見ならびに人間ドックの受診に係る経済的負担の軽減を図り、もって被保険者の健康の保持増進に資することを目的とする。

(対象者)

第2条 助成金の交付の対象となる者（以下「助成対象者」という。）は、人間ドックを受診した者であって、次に掲げる要件を満たすものとする。

- (1) 第4条に規定する申請に係る人間ドックを受診した日（以下「受診日」という。）において、被保険者であること。
- (2) 受診日において、国保基本健診（国保条例第13条に規定する特定健康診査をいう。以下同じ。）または後期高齢者健康診査（広域連合条例第2条に規定する健康診査をいう。以下同じ。）の対象者であること。

(3) 第4条に規定する申請を行う日において、納期限の到来した保険料を完納していること。

- 2 被保険者が受診日の属する会計年度と同一年度内に国保基本健診または後期高齢者健康診査を受診している場合は、当該年度における助成金を交付しないものとする。
(助成金の交付額等)

第3条 助成金の交付額は、受診費用に相当する額（被保険者一人当たり8,000円を上限とする。）とする。

- 2 助成金の交付は、受診日の属する会計年度において、一人につき1回とする。
(助成金の交付申請)

第4条 助成対象者は、助成金の交付を受けようとするときは、受診日から起算して翌年度6月末日までの間に、品川区国民健康保険・後期高齢者医療制度人間ドック受診助成金交付申請書（第1号様式。以下「申請書」という。）に次に掲げる書類を添付して、区長に対し、助成金の交付を申請しなければならない。

- (1) 受診費用の支払に係る当該支払の目的、金額および年月日を記載した領収書
- (2) 別表に定める検査項目に係る受診結果

- 2 申請書の提出は、区長が指定する電子情報処理組織を使用して、申請書に記載すべき事項および前項各号に掲げる書類の電磁的記録（電子的方式、磁気的方式その他人の知覚によっては認識することができない方式で作られる記録であって、電子計算機による情報処理の用に供されるものをいう。）を区長に送信することをもって代えることができる。この場合における当該申請書による申請の取扱いについては、品川区長が所管する申請等における情報通信の技術の利用に関する規則（平成17年品川区規則第65号）の規定を適用する。（審査および結果の通知）

(助成金の交付決定)

第5条 区長は、前条の規定による申請を受けたときは、当該申請に係る申請内容を審査し、助成金を交付することが適当であると認める場合は、助成金の交付を決定し、品川区国民健康保険・後期高齢者医療制度人間ドック受診助成金交付決定通知書（第2号様式）により、当該申請を行った者（以下「申請者」という。）に対し、速やかに通知するものとする。ただし、当該通知については、当該通知に係る助成金を申請者が指定する金融機関の預金口座へ振り込むことをもって代えることができる。

- 2 区長は、前項の規定による審査の結果、助成金を交付することが適当でないことを認める場合は、助成金を交付しないことを決定し、その理由を付して、品川区国民健康保険・後期高齢者医療制度人間ドック受診助成金不交付決定通知書（第3号様式）により、申請者に対し、速やかに通知するものとする。

(助成金の交付)

第6条 区長は、前条の規定により助成金の交付を決定したときは、当該決定に係る申請者に対し、速やかに助成金を交付するものとする。

(助成金の返還)

第7条 区長は、前条の規定により助成金の交付を受けた申請者（以下「被交付者」という。）が次の各号のいずれかに該当するときは、当該交付に係る第5条第1項の規

定による決定の全部または一部を取り消すとともに、当該被交付者に対し、既に交付した助成金の返還を命ずることができる。

- (1) 偽りその他不正な手段により助成金の交付を受けたとき。
 - (2) 被交付者の被保険者資格が受診日以前に遡って喪失したとき。
 - (3) この要綱に違反したとき。
 - (4) 前各号に掲げるもののほか、区長が必要があると認めるとき。
- (その他)

第8条 助成金の交付に当たっては、この要綱に定めるもののほか、品川区補助金等交付規則（昭和39年品川区規則第4号）に定めるところによるものとする。

(委任)

第9条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、健康推進部長が別に定めるものとする。

別表（第1条関係、第4条関係）

診 査 項 目
ア 問診（自覚症状等）
イ 計測（身長・体重・腹囲・血圧）
ウ 診察（理学的所見）
エ 尿検査（蛋白、糖）
オ 血液検査（血清トリグリセライド、HDL コレステロール、LDL コレステロール、AST、ALT、 γ -GT、血糖（空腹時血糖またはヘモグロビン A1c (HbA1c)）
備考 後期高齢者医療制度加入者にあつては、この表中「イ計測（身長・体重・腹囲・血圧）」とあるのは、「イ 計測（身長・体重・血圧）」とする。

付 則（平成26年3月26日制定）

この要綱は、平成26年4月1日から適用する。

付 則（平成27年2月19日改正）

この要綱は、平成27年4月1日から適用する。

付 則（平成28年2月26日改正）

この要綱は、平成28年4月1日から適用する。

付 則（平成29年3月30日改正）

この要綱は、平成29年4月1日から適用する。

付 則（平成30年3月22日改正）

この要綱は、平成30年4月1日から適用する。

付 則（平成31年4月15日改正）

この要綱は、令和元年4月1日から適用する。

付 則（令和3年3月22日改正）

この要綱は、令和3年4月1日から適用する。

付 則（令和5年2月27日改正）

この要綱は、令和5年4月1日から適用する。

付 則（令和6年3月28日改正）

この要綱は、令和6年4月1日から適用する。

付 則（令和8年2月17日改正）

この要綱は、令和8年4月1日から適用する。

品川区国民健康保険・後期高齢者医療制度人間ドック受診助成金交付申請書

品川区長あて

<input type="checkbox"/> 裏面の注意事項に同意の上、申請いたします。 ↑注意事項を確認し、チェック☑を入れてください。				申請日	年	月	日	
				受診日	年	月	日	
フリガナ				被保険者 記号・番号				
氏名	氏	名	国保	記号			番号	枝番
				0	9	-		
電話番号	-			後期				
住所 (受診時点)	品川区							
現住所が異なる場合								
生年月日	年	月	日	受診時年齢	歳	※受診日の属する年度末時点で40歳以上である必要あり		
受診医療機関名				医師の氏名				
助成申請額	千	百	十	円	※金額の上限は8,000円 (医療機関等で支払った受診費用の額が8,000円に満たないときは、その支払い額)			

振込先金融機関

金融機関名	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 信用組合	店名	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所
金融機関コード	※不明な場合は空欄	店番号	※不明な場合は空欄
預金種目	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> その他 ()	口座番号 (右詰め)	
口座名義人 (カタカナ)	※氏と名の間は1マス空けてください。濁点(・)・半濁点(゜)は1文字として記入してください。		

受診者本人と口座名義が異なる場合はチェック☑を入れてください。

上記口座に助成金を振り込むことに同意します。

「品川区国民健康保険」にご加入の方は、以下の質問項目にご回答ください。（該当する項目にチェック☑）

(1) 既往歴について、該当するものはありますか？

特になし
 高血圧
 糖尿病
 脂質異常
 脳卒中
 心臓病
 貧血
 肝臓病
 腎臓病
 骨粗しょう症
 その他 ()

(2) 自覚症状について、該当するものはありますか？

特になし
 動悸
 息切れ
 めまい
 頭痛
 疲れやすい
 腰痛
 膝痛
 口渇
 むくみ
 その他 ()

(3) 現在服用している薬について、該当するものはありますか？

特になし
 血圧を下げる薬
 血糖を下げる薬（インスリン注射を含む）
 コレステロールを下げる薬

(4) 現在、「たばこ」を習慣的に吸っていますか？

【条件1】最近1カ月間吸っている。
 【条件2】生涯で6カ月間以上吸っている。または合計100本以上吸っている。
 はい（条件1と条件2を両方満たす）
 以前は吸っていたが、最近1カ月間は吸っていない（条件2のみ満たす）
 いいえ

(5) 生活習慣の改善について、これまでに保健指導を受けたことがありますか？

はい
 いいえ
 ※「保健指導」については裏面に説明があります。

区 使 用 欄	収受日	申請区分	確認事項	受付担当者	決定区分	助成決定金額	不交付理由	確認担当者	管理番号
	/	<input type="checkbox"/> 1:来庁 <input type="checkbox"/> 4:電子 <input type="checkbox"/> 3:郵送	<input type="checkbox"/> 資格 <input type="checkbox"/> 領収 <input type="checkbox"/> 重複 <input type="checkbox"/> 項目		<input type="checkbox"/> 1:交付 <input type="checkbox"/> 2:不交付	<input type="checkbox"/> 8 0 0 0 円 <input type="checkbox"/> 円			

注意事項

下記注意事項をご確認の上、申請してください。

- (1) 助成は受診日の属する年度において1回のみです。
- (2) 同年度中(4月から翌年3月までの1年間)は、人間ドック受診助成か国保基本健診・後期高齢者健康診査のいずれかの利用となります。両方利用した場合、助成金を返納していただく場合があります。
- (3) 保険料の未納があると助成できません。
- (4) 受診結果の写しを品川区へ提出していただきます。
- (5) 交付決定された方の受診結果等は、国保基本健診・後期高齢者健康診査に代わるものとして取り扱います。受診結果の内容と交付申請書の質問項目は、品川区の健診結果として登録し、健康増進、疾病予防等の目的に利用されます。
- (6) 品川区に登録された受診結果等のデータは、決済代行機関で点検されることがあるほか、国への実施結果報告として匿名化され部分的に提出します。
- (7) マイナンバーカードを健康保険証として利用している方は、受診結果(国保基本健診・後期高齢者健康診査に関わる項目)をマイナポータルで閲覧することができます。(申請後3~4か月で閲覧可能)

保健指導について

➤ 保健指導とは

生活習慣病になるリスクが高い方に対して、専門職(保健師・管理栄養士など)と一緒に食事・運動などの生活習慣を見直し、検査数値の改善を目指すプログラムです。(無料)
品川区では、国保保健指導として実施しています。

➤ 対象者(下記3つの条件を満たす方)※人間ドック受診者の場合

- (1) 国保保健指導利用時に、品川区国民健康保険に加入されている方
- (2) 人間ドックを受診した年度の12月までに、人間ドック受診助成金交付申請をされた方
- (3) 検査結果が、以下の基準に当てはまる方(原則、服薬中の方は対象から除外)

腹 囲 男性85cm以上 女性90cm以上 または BMI25以上	+	血 糖	空腹時血糖 HbA1c	100mg/dl以上 5.6%以上
		脂 質	中性脂肪 HDLコレステロール	150mg/dl以上 40mg/dl未満
		血 圧	収縮期血圧 拡張期血圧	130mmHg以上 85mmHg以上
				1つ以上 該当

➤ 国保保健指導の流れ

- (1) 対象となった方には、別途ご案内を郵送します。
- (2) フリーダイヤル・封書などで申込していただきます(会場・日程を選択可能です)。
- (3) 専門職との面談を実施し、3~6か月間健康づくりを実施します。

（文書番号）
年 月 日

品川区国民健康保険・後期高齢者医療制度
人間ドック受診助成金交付決定通知書

（住所）

（氏名） 様

品川区長

年 月 日付で申請のありました品川区国民健康保険・後期高齢者医療制度人間ドック受診助成について、下記のとおり交付を決定したので、品川区国民健康保険・後期高齢者医療制度人間ドック受診助成金交付要綱第5条第1項の規定に基づき、通知します。

記

決定番号	
記号番号	
交付決定額	
交付決定日	
振込先金融機関	
銀行名	
店名	
預金種目	
口座番号	
口座名義人	

◆振込は、申請月の翌月下旬になります。

品川区国保医療年金課 保険事業係
〒140-8715
品川区広町2丁目1番36号
電話 03-5742-6675

（文書番号）
年 月 日

品川区国民健康保険・後期高齢者医療制度
人間ドック受診助成金不交付決定通知書

（住所）

（氏名） 様

品川区長

年 月 日付で申請のありました品川区国民健康保険・後期高齢者医療制度人間ドック受診助成について、下記の理由により交付しないことを決定したので、品川区国民健康保険・後期高齢者医療制度人間ドック受診助成金交付要綱第5条第2項の規定に基づき、通知します。

記

不交付の理由

品川区国保医療年金課 保険事業係
〒140-8715
品川区広町2丁目1番36号
電話 03-5742-6675