

# 人間ドック受診費用助成制度を利用される方へ

1. 人間ドック助成制度の内容をご確認ください。
2. 記入例を参考に必要事項をご記入ください。
3. 申請書を提出する前に、下記の提出書類及び申請要件を満たしているかチェックをしてください。

## ① 提出書類

- 枚方市国民健康保険被保険者人間ドック受診費用補助金交付申請書
- 枚方市国民健康保険特定健康診査受診券
- 人間ドック受診結果の写し（検査内容、結果数値等がわかるもの）
- 領収書の写し（受診医療機関、人間ドックに係る支払金額、受診日がわかるもの）

### 【健診項目等のチェック表】

<input type="checkbox"/> 表紙などがありますか。（受診者名、受診医療機関、受診日がわかる箇所）	
<input type="checkbox"/> 以下の検査項目について、結果の数値が記載されていますか。	
身体計測	<input type="checkbox"/> 身長 <input type="checkbox"/> 体重 <input type="checkbox"/> 腹囲
血圧	<input type="checkbox"/> 収縮期血圧 <input type="checkbox"/> 拡張期血圧
尿検査	<input type="checkbox"/> 尿蛋白 <input type="checkbox"/> 尿糖 <input type="checkbox"/> 尿潜血
血液検査	血中脂質検査 <input type="checkbox"/> 中性脂肪 <input type="checkbox"/> HDLコレステロール <input type="checkbox"/> LDLコレステロール
	肝機能検査 <input type="checkbox"/> AST (GOT) <input type="checkbox"/> ALT (GPT) <input type="checkbox"/> $\gamma$ -GT ( $\gamma$ -GTP)
	血糖検査 <input type="checkbox"/> 空腹時血糖（または随時血糖） →空腹時＝10時間の絶食 <input type="checkbox"/> ヘモグロビンA1c (HbA1c)
	腎機能検査 <input type="checkbox"/> クレアチニン <input type="checkbox"/> 尿酸
<input type="checkbox"/> 心電図検査（所見）	

## ② 申請要件

- 申請日時時点で納期が到来している国民健康保険料を完納している
- 受診日時時点で枚方市国民健康保険に3ヶ月以上継続加入している
- 人間ドック受診に際して、自己負担が発生している

## ◇注意事項

- ・ 令和3年度（令和3年4月1日～令和4年3月31日）に受診した人間ドックが対象となります。助成は1度のみです。
- ・ 特定健康診査を受診した場合は、人間ドック受診費用補助金交付対象となりません。また、人間ドック受診費用補助金の交付を受けた場合は、特定健康診査は受診できません。

## ◇個人情報の取扱い

提出された健診結果等の個人情報は、枚方市個人情報保護条例に基づき、適切に取扱います。  
また、提出された健診結果を基に特定保健指導の対象者判定を行い、「積極的支援」もしくは「動機付け支援」に該当された方には、枚方市から「特定保健指導」の利用券を送付いたします。特定保健指導の利用に費用はかかりませんのでご活用ください。