

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. 記入例をご参考の上、必要事項をご記入ください。
3. 申請いただく前に、下記の封入物のチェックをしてください。

- | | |
|--|-----------------------------|
| ① 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 | <input type="checkbox"/> はい |
| ② 枚方市国民健康保険特定健康診査受診券 | <input type="checkbox"/> はい |
| ③ 人間ドック受診費用自己負担額がわかるもの（領収書の写し） | <input type="checkbox"/> はい |
| ④ 人間ドック受診結果の写し
(受診者名、受診機関、受診日、健診項目がわかる箇所) | <input type="checkbox"/> はい |

【健診項目のチェック表】

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	
検尿	<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（トリグリセライド） <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"/> γ-GT（γ-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"/> HbA1c（ヘモグロビンA1c）	
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			

※推算GFRは不要です

◇対象となる方

- ① 40歳から74歳までの枚方市国民健康保険被保険者の方で、年度中に枚方市国民健康保険の特定健診を受診せず、医療機関等で人間ドック等を受診した方です。
- ② 人間ドックを受診した日において、3か月以上継続して国民健康保険被保険者であること。
- ③ 補助金交付申請を行った日において、国民健康保険料を滞納していないこと。
- ④ 人間ドック受診費用に自己負担が発生していること。

◇申請書類の受理について

申請書類一式が保健センターに受理されました際には、約2週間後に交付（不交付）決定通知をお送りいたします。

申請書の記入内容・健診結果に不備がある場合には、申請受付ができません。

◇個人情報の取扱い

ご提出いただい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。

特定保健指導の対象者判定の結果、「積極的支援」もしくは「動機付け支援」に該当された方には、枚方市保健センターまたは枚方市国民健康保険室から委託を受けた保健指導実施機関が行う「特定保健指導」の利用券（無料）を送付いたしますのでご活用ください。また、特定保健指導利用の際には、保健指導に必要な健診結果データを保健センターまたは枚方市国民健康保険室から委託を受けた保健指導実施機関に提供することとなりますのでご了承ください。