

長久手市健康増進法に基づく検診等費用徴収要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、健康増進法（平成14年法律第103号）第19条の2の規定に基づいて市が健康増進事業として実施する検診等及び市が実施するその他の健診等（以下「検診」という。）に要する費用の徴収について必要な事項を定めるものとする。

(費用の徴収)

第2条 検診を受診する者は、当該検診に要する費用の一部（以下「自己負担金」という。）を負担しなければならない。

2 前項の規定により徴収する自己負担金の額は、別表のとおりとする。

(徴収方法)

第3条 前条に係る自己負担金は、集団検診においては出納員又は委託業者が、個別検診においては検診を委託した各医療機関が徴収する。

(免除)

第4条 市長は、検診を受ける者が次の各号のいずれかに該当すると認めるときは、第2条第1項の規定にかかわらず、自己負担金を免除することができる。

- (1) 生活保護法（昭和25年法律第144号）による被保護世帯に属する者
- (2) 市町村民税非課税世帯に属する者（当該年度分市民税の課税状況による。ただし、検診受診時までに当該年度の市民税の課税状況が判明しない場合は、前年度の課税状況による。なお、被扶養者は非課税とみなす。）
- (3) 高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）第50条第2号の規定により認定を受けた者。ただし、歯周病検診では免除の対象としない。
- (4) その他市長が必要と認めた者

(免除手続)

第5条 前条第1号に該当する者は、検診受診の際に生活保護受給証明書を提示することで、自己負担金の免除を受けることができる。

2 前条第2号又は第4号に該当する者は、当該検診を受診する2週間前までに検診自己負担金免除申請書(別記様式)を市長に提出し、免除の承認を受けなければならない。ただし、事前に申請できなかったことにやむを得ない事情があると認められるときは、事後の申請により自己負担金の返還を受けることができる。

3 前条第3号に該当する者は、証明となるものを受診時に提示することにより、自己負担金の免除を受けることができる。

(その他)

第6条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この要綱は、平成23年5月2日から施行する。

附 則

この要綱は、平成24年1月4日から施行する。

附 則

この要綱は、平成24年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成25年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成25年5月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成26年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成27年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成28年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 29 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 30 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 30 年 6 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 31 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、令和 2 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、令和 3 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、令和 5 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、令和 6 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、令和 7 年 4 月 1 日から施行する。

別表（第2条関係）

検診の種類	実施方法	自己負担金	
			検診受診年度末 における年齢が 70歳以上の者
肺がん検診	集団	400 円	0 円
	個別	1,000 円	0 円
胃がん検診	集団	1,600 円	0 円
	個別	3,500 円	0 円
大腸がん検診	集団	400 円	0 円
	個別	500 円	0 円
喀痰検診	集団	500 円	0 円
	個別	500 円	0 円
前立腺がん検診	集団	500 円	0 円
	個別	700 円	0 円
肝炎ウイルス検診	集団	600 円	0 円
	個別	800 円	0 円
子宮頸がん検診	集団	1,800 円	0 円
	個別	2,000 円	0 円
	個別（体部検診も受診する場合）	3,000 円	0 円
乳がん検診	集団	1,800 円	0 円
	個別	2,000 円	0 円
歯周病検診	個別	1,000 円	1,000 円
39 歳以下健診	集団	1,500 円	0 円

別記様式（第5条関係）

検診自己負担金免除申請書

申請日 年 月 日

長久手市長あて

長久手市健康増進法に基づく検診等費用徴収要綱第5条の規定により、次のとおり自己負担金の免除を受けたいので申請します。

なお、申請事由にかかる要件（課税状況及び同一世帯員等）の調査については、健康推進課職員に委任します。

申請者氏名		電話番号	
住所	〒 宛名番号 長久手市		
生年月日	年 月 日		
検診の種類 (受診予定の すべての番号 に○を付けて ください)	1 肺がん検診 2 胃がん検診 3 大腸がん検診 4 喀痰検診 5 前立腺がん検診	6 肝炎ウイルス検診 7 子宮頸がん検診（体がん含む） 8 乳がん検診 9 歯周病検診 10 39歳以下健診	
受診予定日	年 月 日		
申請事由	市民税非課税世帯		
同一世帯員の 氏名	氏名 _____ 氏名 _____ 氏名 _____ 氏名 _____		

☐ 本人確認ができる身分証明書の確認

上記申請事由に	該当する	確認日： 年 月 日
	該当しない 理由：	