

柏市国民健康保険 保健事業利用費助成

平成 26 年度新規事業（予定）

「18 歳から 39 歳の健診」の概要

「18 歳から 39 歳の健診」は、柏市国民健康保険に加入のかたを対象に、保健事業利用券を使って助成を行う事業で、平成 26 年度から実施する予定です。実施期間や検査項目等は柏市国保の特定健診に準じていますが、必要書類や実施後の事務処理が異なります。

詳しくは、5 月の医療機関説明会でご説明します。また、具体的な事務処理については、医療機関用の健診実施マニュアルに記載しますので、配付時にご確認ください。

	柏市国保特定健診（個別健診）	18 歳から 39 歳の健診
事業の性質	高齢者の医療の確保に関する法律に定められた保険者の義務	柏市の規則に基づく市の任意の事業（柏市国保のサービス）
対象年齢	年度末 40 歳以上	年度末 18 歳～39 歳
受診券	対象者へ個別送付	希望者が保健事業利用券（下記参照）を受領のうえ、市へ申し込み
自己負担額	無料	保健事業利用券の枚数に応じた額（700 円程度～）
実施項目	必須項目＋選択項目（心電図検査・眼底検査）	柏市国保特定健診の必須項目のみ（追加した場合は自費）
実施後の処理	健診結果を電子化して国保連へ送付することで、委託料を請求	電子化は不要。市へ助成金を申請
受診者数	年間 28,000 人	年間 100 人（見込み）

○保健事業利用券とは

柏市では、18 歳以上の柏市国保被保険者と後期高齢者医療の被保険者に対して保健事業利用券を交付しています。希望者は、市に申請して利用券（1 年度につき 8 枚）を受け取り、次の事業を利用する際に 1 枚 1,000 円の券として使用します。

【保健事業利用券の対象となる事業】

- ①はり等施術（はり・きゅう等の施術を受ける際に 1 回 1 枚使用。料金との差額は自己負担）
- ②お口のクリーニング（口腔ケア及び健康指導を受ける際に 1 回 1～4 枚使用。設定価格 4,000 円との差額は自己負担）
- ③18 歳から 39 歳の健診（特定健診に準じた健診を受ける際に 1 回 1～8 枚使用。その年度の特定健診必須項目単価との差額は自己負担）

<担当> 柏市保険年金課 電話 04-7164-4455

〒277-0004 柏市柏下 65-1 ウェルネス柏内

「保健事業実施機関 指定申請」のご案内

保健事業利用費助成は、柏市国民健康保険の加入者を対象とした制度です。今回、医療機関の皆様へ実施していただく「18歳から39歳の健診」は、この利用費助成が使えるメニューのひとつとして実施するもので、特定健診とは仕組みが異なります（下図参照）。

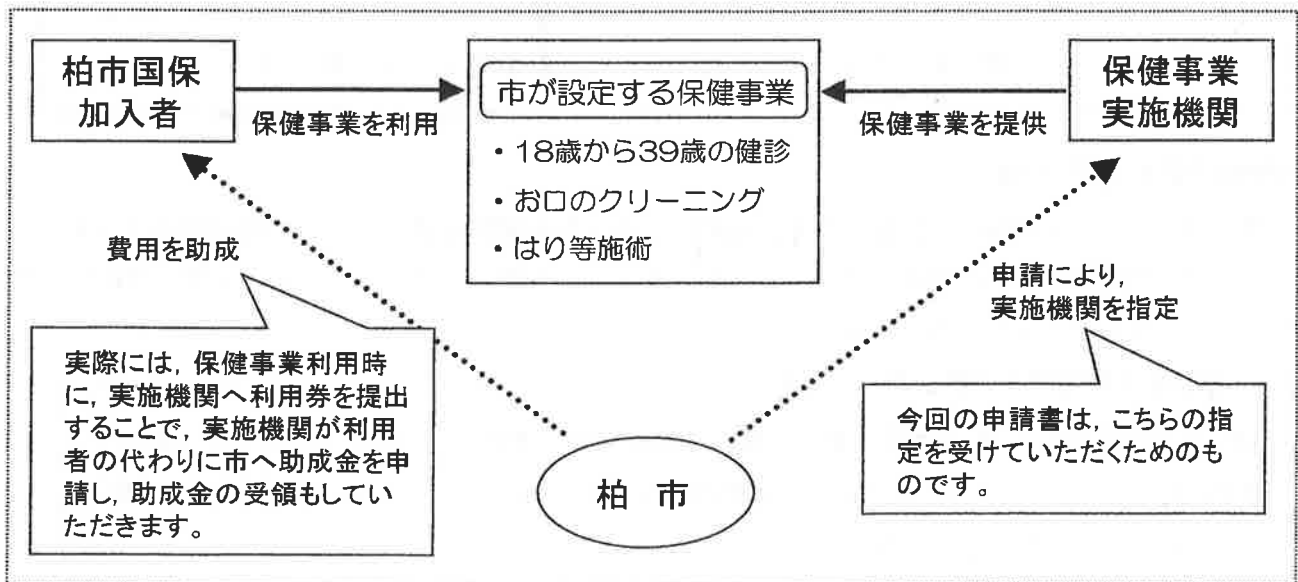
特定健診では、柏市と柏市医師会が契約を結び、医師会が実施医療機関を推薦するため、各医療機関が個別に手続きをする必要はありませんが、保健事業利用費助成では、実施する各医療機関を市が指定します。市の指定は、各医療機関からの申請に基づいて行うため、特定健診を実施される医療機関においては、併せて指定申請書をご提出いただけますようお願いいたします。

記載にあたっては、（開設者・管理者）の欄、名称・開設場所の欄とも、ゴム印等を利用いただいて構いません。また、（開設者・管理者）欄には、申請者氏名の個人印を押印ください。

特定健診との違いについては、別紙『「18歳から39歳の健診」の概要』に簡単に記載していますが、事務処理等については、5月の医療機関説明会及び医療機関用の健診実施マニュアルであらためてご説明します。

なお、特定健診の契約は、年度ごとに行っていますが、保健事業実施機関の指定は一度受けていただくと、変更がなければ翌年度以降の手続きは必要ありません（特定健診を実施しなくなった場合等については、別途手続きをご案内します）。

■保健事業利用費助成の仕組みについて



<担当> 柏市保険年金課 電話04-7164-4455
〒277-0004 柏市柏下65-1 ウェルネス柏内

保健事業実施機関 指定申請書

平成 年 月 日

柏市長 秋山浩保 あて

(開設者・管理者) 医療機関所在地

〒

氏名 (法人の場合は法人名及び代表者職・氏名)

(法人名)

(ふりがな)

印

連絡先電話番号

保健事業実施機関の指定を受けたいので、柏市国民健康保険等保健事業利用費助成規則第3条第3項の規定により、次のとおり申請します。

医療機関の名称(*)	
開設場所(*)	〒 電話番号
管理者氏名 (医師会 A 会員氏名)	

(*) 受診者に配付する医療機関名簿に掲載する内容となります。

【柏市使用欄】

指定日	平成 年 月 日	指定番号										<受付>
<備考>												

※柏市医師会確認欄

上記医療機関について、次の要件を満たしていることを確認し、保健事業実施機関として推薦します。

- (1) 当該医療機関は、柏市国民健康保険特定健診の実施医療機関である。

平成 年 月 日

柏市医師会 会長 金江 清

保健事業実施機関 変更届出書

平成 年 月 日

柏市長 秋山浩保様

(届出者) ※変更前の内容で記載

指定番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 医療機関名 _____

開設者・管理者 (法人の場合は法人名及び職・氏名) _____ (ふりがな)

法人名 _____ 職・氏名 _____ (印)

連絡先電話番号 _____

保健事業実施機関について、指定内容に変更がありますので、柏市国民健康保険等保健事業利用

↓ 変更する事項の欄のみ○印を付け、内容を記入してください。

	医療機関の名称	(旧)	
		(新)	
○	開設場所	(旧)	〒 _____ 電話番号 _____
		(新)	〒 _____ 電話番号 _____
	その他		

※柏市医師会確認欄

上記変更内容について確認しました。

平成 年 月 日

柏市医師会 会長 金江 清

※柏市使用欄

<受付>

変更日
平成 年 月 日

保健事業実施機関 廃止届出書

平成 年 月 日

柏市長 秋山浩保 宛て

(開設者) 住所 (法人の場合は主たる事務所所在地)

〒

氏名 (法人の場合は法人名及び代表者職・氏名)

(法人名)

(ふりがな)

印

電話番号

保健事業実施機関を廃止したいので、柏市国民健康保険等保健事業利用費助成規則第11条第2項の規定により、次のとおりお届けします。

指定番号									
医療機関の名称									
開設場所	〒								
	電話番号								
事由発生年月日	平成 年 月 日								
事由									

○添付書類

1 保健事業実施機関指定書

※柏市医師会確認欄

上記事由について、確認しました。

平成 年 月 日

柏市医師会 会長 金江 清

※柏市使用欄

<受付>

廃止日
平成 年 月 日

指定書は、施設内の分かりやすい場所に掲示してください。

指定書は、実施機関であることを示す重要なものです。指定を辞退する際には返却が必要ですので、紛失等のないようにしてください。

柏市国民健康保険等 保健事業実施機関指定書

次の施設を柏市国民健康保険等
保健事業利用費助成規則第3条
第4項の規定により、保健事業実
施機関に指定する。

平成26年 4月30日

柏市長 秋山 浩



指定番号 第030-9999号

施設名称 ウェルネス柏病院

担当の内容 18歳から39歳までの健康診査

助成金支払
申請書に、
指定番号を
記載してく
ださい。