

▶指定医療機関

【人間ドック】

| 医療機関名               | 所在地              | 電話番号     |
|---------------------|------------------|----------|
| いわね内科クリニック          | 佐間2-16-31        | 554-1313 |
| (医)川島胃腸科            | 佐間1-18-39        | 553-0001 |
| 行田協立診療所             | 本丸18-3           | 556-4581 |
| (医)壮幸会行田総合病院        | 持田376            | 552-1111 |
| (医)行田中央総合病院健康管理センター | 富士見町2-17-17      | 553-2426 |
| (医)栗原医院             | 本丸11-35          | 556-2272 |
| ハピネス診療所             | 長野7296-1         | 559-0082 |
| 松原医院                | 長野1-31-10        | 553-6700 |
| やまかわ内科クリニック         | 壺里山町18-6マルオカビル2階 | 564-1488 |

【脳ドック】

| 医療機関名               | 所在地         | 電話番号     |
|---------------------|-------------|----------|
| (医)石井クリニック          | 下忍1089-1    | 555-3519 |
| (医)壮幸会行田総合病院        | 持田376       | 552-1111 |
| (医)行田中央総合病院健康管理センター | 富士見町2-17-17 | 553-2426 |

※休診日などは各医療機関へご確認ください。

▶申し込み

【指定医療機関で受検する場合】

- ①受検する指定医療機関に予約してください。
- ②保険年金課で申請書を記入の上、承認決定通知書を受け取ってください。  
※申請には、印鑑(朱肉を使用するもの)、保険証、特定健康診査受診券もしくは後期高齢者健康診査受診券(5月下旬送付予定。40歳以上の方、人間ドック・併診ドック受検の場合のみ)をご持参ください。必ず事前申請を行ってください。
- ③予約した日に保険証と承認決定通知書を持参し、検査を受けてください。当日は、自己負担額を医療機関にお支払いください。

【指定医療機関以外(市外)で受診する場合】

- ①医療機関で検査を受け、検査費用を全額お支払いください。
- ②印鑑(朱肉を使用するもの)、預金通帳、検査結果表(原本)、人間ドックなどの領収書の原本、保険証、特定健康診査受診券もしくは後期高齢者健康診査受診券(5月下旬送付予定。40歳以上の方、人間ドック・併診ドックの場合のみ)を持参の上、受検日から3カ月以内に申請してください。なお、やむを得ない理由により、3カ月以内に申請できない場合には、保険年金課までご連絡ください。  
※助成には、市で定める検査項目を満たすことが必要となります。なお、領収書と検査結果表は、写しを取らせていただきます。  
※再度、質問票に記入していただくことがあります。
- ③後日、助成額を指定の口座に振り込みます。

▶問い合わせ 同課国保担当(内線271・272)または医療担当(内線226)

## 令和2年度国民健康保険税の算定方法が変わります ～資産割と平等割を廃止します～

制度改正により、国民健康保険の財政運営の責任主体が市町村から都道府県に変わりました。埼玉県国保運営方針では、標準的な保険税算定方式を所得割と均等割の2方式としていることから、本市でも医療分の資産割と平等割を廃止し、算定方式を4方式から2方式に変更するとともに、所得割と均等割の税率などを改正します。

医療分(4方式→2方式へ)

| 保険税の構成内容 | 税率など改正後(R2年度) | 改正前      |
|----------|---------------|----------|
| 所得割      | 7.2パーセント      | 6.1パーセント |
| 均等割      | 24,000円       | 11,000円  |
| 資産割      | 廃止            | 32パーセント  |
| 平等割      | 廃止            | 17,000円  |

後期高齢者支援分

| 保険税の構成内容 | 税率など改正後(R2年度)      | 改正前      |
|----------|--------------------|----------|
| 所得割      | 2.2パーセント<br>(変更なし) | 2.2パーセント |
| 均等割      | 9,000円(変更なし)       | 9,000円   |

介護保険分※40歳以上65歳未満

| 保険税の構成内容 | 税率など改正後(R2年度) | 改正前      |
|----------|---------------|----------|
| 所得割      | 1.6パーセント      | 1.4パーセント |
| 均等割      | 10,000円       | 7,000円   |

▶問い合わせ 保険年金課国保担当(内線271・272)

# 人間ドック・脳ドック検査料を助成します

▶対象 令和2年4月1日以降に受検し、いずれも次の条件をすべて満たしている方

【行田市国民健康保険】

- ・行田市国民健康保険の被保険者で、受検日現在、加入後4カ月以上経過している方
- ・受検日現在、満35歳以上の方
- ・国民健康保険税を完納している世帯の方
- ・特定健康診査を受診していない方

【後期高齢者医療制度】

- ・埼玉県後期高齢者医療制度の被保険者で、市内に住所を有する方
- ・後期高齢者医療保険料を完納している方
- ・後期高齢者健康診査を受診していない方

▶検査種別 人間ドック、脳ドック、併診ドック

▶検査項目

【人間ドック】

| 検査項目                   | 検査内容   |
|------------------------|--|
| 身体計測                   | 問診、身長、体重、腹囲、BMI  |
| 血圧測定                   | 血圧   |
| 血液一般検査(貧血、血液病など)       | 血液型(ABO、RH)、色素量、赤血球、白血球、血小板、ヘマトクリット、血沈、血液像   |
| 血液生化学検査(肝機能、腎機能、循環器機能) | 総たん白、中性脂肪、LDLコレステロール、HDLコレステロール、尿素窒素、尿酸、アルブミン、A/G比、クレアチニン、AST、ALT、ALP、総ビリルビン、LDH、γ-GT、空腹時血糖、HbA1c、CRP、RA、HBS抗原、HCV抗体 |
| 尿検査(腎機能、肝機能、糖尿病)       | たん白、ウロビリノーゲン、尿糖、沈査   |
| 便検査(消化器機能)             | 免疫学的便潜血反応2回法   |
| レントゲン検査(胸部、食道、胃)       | 胸部(大角1枚)、食道、胃(6枚内スポット2枚)   |
| 心電図検査(循環器機能)           | 最低12誘導(安静時)  |
| 超音波検査                  | 腹部超音波エコー(肝臓、胆のう)   |

【脳ドック】問診、血圧測定、MRI、MRA

【併診ドック】人間ドックと脳ドックを合わせた検査項目

※上記の項目に追加したオプションなどへの助成はできません。

▶助成金額

【指定医療機関の場合】

| 種類    | 検査料       | 助成金       | 自己負担額              |
|-------|-----------|-----------|--------------------|
| 人間ドック | 40,700円   | 上限28,000円 | 12,700円            |
| 脳ドック  | 医療機関が定める額 | 上限20,000円 | 検査料から20,000円を控除した額 |
| 併診ドック | 医療機関が定める額 | 上限40,000円 | 検査料から40,000円を控除した額 |

【指定医療機関以外の場合】

| 種類    | 検査料       | 助成金       |
|-------|-----------|-----------|
| 人間ドック | 医療機関が定める額 | 上限28,000円 |
| 脳ドック  | 医療機関が定める額 | 上限20,000円 |
| 併診ドック | 医療機関が定める額 | 上限40,000円 |

▶注意

- ・検査項目はすべて受検してください。(すべての検査項目に対する検査料の助成のため、自己判断で検査項目を受検しなかった場合、助成ができないことがあります)
- ・人間ドックおよび脳ドックを別々に受検する場合でも併診ドック扱いとなり、助成金額は40,000円が上限となります。
- ・人間ドック・併診ドックと特定健康診査および後期高齢者健康診査は、選択制となります。誤って両方を受けた場合、特定健康診査および後期高齢者健康診査の費用(9,658円～12,793円)を返還していただきます。
- ・検査費用が助成金額を下回った場合は、検査費用が助成の上限額となります。
- ・食道・胃の検査は、バリウムによるレントゲン検査または胃カメラの選択となります。(詳細は各医療機関にお問い合わせください)
- ・人間ドックと市の胃がん検診(バリウムおよび内視鏡検査)および大腸がん検診の併用はできません。
- ・検査内容によっては、別途追加料金が発生する場合がありますので、医療機関にご確認ください。