

▶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に記入し、承認決定通知書を受け取ってください。
※保険証、特定健康診査受診券(5月下旬送付予定。40歳以上の方で人間ドック・併診ドック受検の場合のみ)を持参の上、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(5月下旬送付予定。40歳以上の方で人間ドック・併診ドック受検の場合のみ)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3年度国民健康保険税の算出方法が変わります

個人所得課税の見直し(給与所得控除および公的年金等控除の控除額を10万円引き下げ、基礎控除の控除額を10万円引き上げるなど)に伴い、国民健康保険税の算出における基礎控除額を変更し、軽減判定基準を見直します。

【改正前】

基礎控除額	33万円
7割軽減基準額	33万円
5割軽減基準額	33万円+(28万5,000円×被保険者数)
2割軽減基準額	33万円+(52万円×被保険者数)

※被保険者数とは、国保加入者と国保から後期高齢者医療制度へ移行した方の合計人数です。

【改正後(令和3年度)】

基礎控除額	43万円
7割軽減基準額	43万円+(給与所得者等の数-1)×10万円
5割軽減基準額	43万円+(給与所得者等の数-1)×10万円+(28万5,000円×被保険者数)
2割軽減基準額	43万円+(給与所得者等の数-1)×10万円+(52万円×被保険者数)

※給与所得者等とは、一定の給与所得者と公的年金等の支給を受ける方です。

▶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3年4月1日以降に受検し、いずれも次の条件を全て満たしている方

【行田市国民健康保険】

- ・行田市国民健康保険の被保険者で、受検日において、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

【後期高齢者医療保険】

- ・埼玉県後期高齢者医療保険の被保険者で、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

※併診ドックとは、人間ドックと脳ドックの検査内容を組み合わせたものです。

※人間ドックと脳ドックを同じ医療機関で同時に受検する場合は、併診ドック扱いとなります。

▶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)、血色素量、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、AL-P、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

- ・検査項目は全て受検してください(全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、特定健康診査の費用(9,658円～12,793円)を返還していただくこととなります。
- ・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。