

## 〈令和6年度〉

### ■■■ 多治見市国民健康保険加入者「脳ドック費用助成」のご案内 ■■■

多治見市国民健康保険に加入中の方で下記対象者①～③すべてに該当される方に、医療機関で受診した脳ドック健診費用の一部を助成します。ご自身の健康管理に役立てましょう。

- 対象者：①申し込み時から健診受診時まで、多治見市国民健康保険に継続して加入していること。  
※後期高齢者医療制度加入者、会社等の社会保険、共済組合保険等の加入者は対象外です。  
②国民健康保険料の未納がない世帯の被保険者であること。  
③受診された健診の結果及び質問票を提出いただける方
- 定員：800名
- 補助金額：健診費用(税抜)の9割を助成。ただし、上限3万円まで。  
例1 検査費用 44,000 円の場合→税抜金額 40,000 円×0.9=36,000 円 上限額の 30,000 円を支給。  
例2 検査費用 33,000 円の場合→税抜金額 30,000 円×0.9=27,000 円 支給額は 27,000 円を支給。

#### 【申込み等手続きの流れ】

##### 申し込み

**6月1日(土)～6月30日(日)** ★右記申込書は、1枚につき1人分の記入をしてください。  
右記の「脳ドック費用助成」申込書を記入し提出ください。

提出先：多治見市役所駅北庁舎保険年金課窓口、各地区事務所窓口へ持参又は  
郵送(消印有効)

★今年度75歳になられる方は、誕生日前日までの受診となります。75歳の誕生日以降は後期  
高齢者医療制度へ移行するため助成対象外となります。

★申込みが定員を超えた場合は、新規申込者を優先させていただきます。ご了承ください。

★申込書が不足する場合は、駅北庁舎保険年金課・地区事務所窓口でお受け取りください。

##### 決定通知の発送

**7月中旬**「脳ドック費用助成」の対象の方には、「助成決定通知」を送ります。

※費用助成申請の際に必要な書類等が同封してありますので、内容をご確認ください。

##### 医療機関へ 健診予約

脳ドック健診を行っている医療機関へご自身で予約をしてください。市内・市外を問いません。

「助成決定通知」にて「医療機関のご案内」を同封しますので参考にしてください。

**健診受診期間：決定通知が届いた後～令和7年2月28日(金)まで**

##### 脳ドック受診

健診実費を医療機関で支払い、必ず領収書を受け取ってください。

※受領委任制度が利用できる医療機関もあります。「医療機関のご案内」にてご確認ください。

※助成決定者本人の脳ドック健診費用が対象です。(同居家族への権利譲渡は不可)

##### 費用助成 申請手続き

**令和7年2月28日(金)までに市役所駅北庁舎 保険年金課窓口にて手続き**

\*必要書類は、「助成決定通知」に記載します。

\*都合により脳ドックの受診をキャンセルされる方は、必ず保険年金課へご連絡ください。

#### 【個人情報の提供について】

健診結果に関する個人情報は、「高齢者の医療の確保に関する法律」により被保険者の健康増進のため保健事業に活用します。

～脳ドック受診を考えている方へ～

脳ドックは、主に脳卒中(脳梗塞・脳出血・くも膜下出血)の予防を目的とした脳の健康診断です。脳卒中を発症すると、多くの場合、運動麻痺や言語障がい、認知症などの後遺症が残り、介護が必要になる場合もあります。

生活習慣病等で動脈硬化が進むリスクの高い方、血縁者に脳卒中(特にくも膜下出血)になった人がいる方、70歳を超えて脳卒中が不安な方は、国民健康保険加入中に受けられることをお勧めします。

【申し込み・問い合わせ】 〒507-8787 多治見市音羽町 1-233 (多治見市役所駅北庁舎内)  
保険年金課 給付グループ 電話:23-5762 (ダイヤルイン)

**【注意事項】 お申し込みの前に、ご確認ください。**

※過去に脳疾患にて治療を受けたことがある方、現在脳疾患にて治療中の方は、脳ドックの受診について事前にかかりつけ医にご相談ください。

※MRI 検査を受診する際、閉所恐怖症、暗所恐怖症、まつ毛や眉毛にアートメイク（刺青）・ペースメーカー・インプラント・人工関節等をしている方は、検査が受けられない可能性があります。詳しくは、検査を希望する医療機関へお問い合わせください。

**令和6年度 多治見市国民健康保険「脳ドック費用助成」申込書**

申込年月日： 令和 年 月 日

多治見市長 宛

下記のとおり、脳ドックの結果の提出に同意し、多治見市国民健康保険「脳ドック費用助成」に申し込みます。

被保険者証記号番号	多 — —	整理番号	
		※記入しないでください。	
住 所	〒 — 多治見市 町 丁目		
世帯主の氏名	ふりがな		
受診者の氏名	ふりがな		
受診者の生年月日	昭和・平成 年 月 日		
電話番号	—		

△切り取り線▽

<切り取り線>

**令和6年度 多治見市国民健康保険「脳ドック費用助成」申込書**

申込年月日： 令和 年 月 日

多治見市長 宛

下記のとおり、脳ドックの結果の提出に同意し、多治見市国民健康保険「脳ドック費用助成」に申し込みます。

被保険者証記号番号	多 — —	整理番号	
		※記入しないでください。	
住 所	〒 — 多治見市 町 丁目		
世帯主の氏名	ふりがな		
受診者の氏名	ふりがな		
受診者の生年月日	昭和・平成 年 月 日		
電話番号	—		

△切り取り線▽