

北秋田市告示第 93 号

北秋田市職員短期人間ドック助成事業実施要綱の一部を改正する告示を次のように定める。

令和 8 年 7 月 1 日

北秋田市長 津 谷 永 光

北秋田市職員短期人間ドック助成事業実施要綱の一部を改正する告示

北秋田市職員短期人間ドック助成事業実施要綱（平成 26 年北秋田市告示第 38 号）の一部を次のように改正する。

第 2 条第 2 号中「検診を受ける」を「日帰りの短期人間ドックを受診する」に改め、同条第 3 号中「短期人間ドックにおいて入院コースは」及び「、日帰りコースは 35 歳以上」を削る。

様式第 1 号中「 ・ 一泊ドック」を削り、

「 1 北秋田市職員（再任用職員、フルタイム会計年度任用職員を含む）のうち、毎年度秋田県市町村職員共済組合で実施する人間ドック等助成事業において助成非対象者の職員であること。

2 市と委託契約をした医療機関において検診を受ける職員であること。

3 毎年 4 月 1 日現在、短期人間ドックにおいて入院コースは 40 歳以上、日帰りコースは 35 歳以上の職員であること。 」を

「 受診に要する費用の助成を受けることができる者は、次の要件をすべて満たしたものとする。

（1） 北秋田市の職員で秋田県市町村職員共済組合（以下「共済組合」という。）の一般組合員又は短期組合員の資格を有するもののうち、毎年度共済組合で実施する短期人間ドック・脳ドック助成事業の助成を受けない者であること。

（2） 市と委託契約をした医療機関において日帰りの短期人間ドックを受診する職員であること。

（3） 毎年 4 月 1 日現在、40 歳以上の職員であること。 」に

改める。

様式第2号中「・一泊ドック」を削る

附 則

この告示は、令和8年7月1日から施行する。

(資料) 北秋田市職員短期人間ドック助成事業実施要綱の一部を改正する告示 新旧対照表

改正後

(助成の対象)

第2条 受診に要する費用の助成（以下「助成」という。）を受けることができる者（以下「対象者」という。）は、次の各号に掲げる要件をすべて満たしたものとする。

(1) 北秋田市の職員で秋田県市町村職員共済組合（以下「共済組合」という。）の一般組合員又は短期組合員の資格を有するもののうち、毎年度共済組合で実施する短期人間ドック・脳ドック助成事業の助成を受けない者であること。

(2) 市と委託契約をした医療機関（以下「契約医療機関」という。）において日帰りの短期人間ドックを受診する職員であること。

(3) 毎年4月1日現在、40歳以上の職員であること。

様式第1号

年 月 日

北秋田市職員短期人間ドック助成事業承認申請書

北秋田市長 様

申請者 所属部署
職員番号
氏 名

北秋田市短期人間ドック助成事業に係る助成金の交付を受けたいので、北秋田市職員短期人間ドック助成事業実施要綱第3条の規定により下記のとおり申請します。

記

受	職員番号		所 属 部 署	
---	------	--	------------	--

改正前

(助成の対象)

第2条 受診に要する費用の助成（以下「助成」という。）を受けることができる者（以下「対象者」という。）は、次の各号に掲げる要件をすべて満たしたものとする。

(1) 北秋田市の職員で秋田県市町村職員共済組合（以下「共済組合」という。）の一般組合員又は短期組合員の資格を有するもののうち、毎年度共済組合で実施する短期人間ドック・脳ドック助成事業の助成を受けない者であること。

(2) 市と委託契約をした医療機関（以下「契約医療機関」という。）において検診を受ける職員であること。

(3) 毎年4月1日現在、短期人間ドックにおいて入院コースは40歳以上、日帰りコースは35歳以上の職員であること。

様式第1号

年 月 日

北秋田市職員短期人間ドック助成事業承認申請書

北秋田市長 様

申請者 所属部署
職員番号
氏 名

北秋田市短期人間ドック助成事業に係る助成金の交付を受けたいので、北秋田市職員短期人間ドック助成事業実施要綱第3条の規定により下記のとおり申請します。

記

受	職員番号		所 属 部 署	
---	------	--	------------	--

改正後					改正前					
診 対 象 者	フリガナ				診 対 象 者	フリガナ				
	氏 名					氏 名				
	生年月日		性別	男・女			生年月日		性別	男・女
	住 所						住 所			
希 望 す る 短期人間ドック		日帰りドック			希 望 す る 短期人間ドック		日帰りドック _____ ・ _____ 一泊ドック			
注意事項 <u>受診に要する費用の助成を受けることができる者は、次の要件をすべて満たしたものとする。</u> <u>(1) 北秋田市の職員で秋田県市町村職員共済組合（以下「共済組合」という。）の一般組合員又は短期組合員の資格を有するもののうち、毎年度共済組合で実施する短期人間ドック・脳ドック助成事業の助成を受けない者であること。</u> <u>(2) 市と委託契約をした医療機関において日帰りの短期人間ドックを受診する職員であること。</u> <u>(3) 毎年4月1日現在、40歳以上の職員であること。</u>					注意事項 <u>1 北秋田市職員（再任用職員、フルタイム会計年度任用職員を含む）のうち、毎年度秋田県市町村職員共済組合で実施する人間ドック等助成事業において助成非対象者の職員であること。</u> <u>2 市と委託契約をした医療機関において検診を受ける職員であること。</u> <u>3 毎年4月1日現在、短期人間ドックにおいて入院コースは40歳以上、日帰りコースは35歳以上の職員であること。</u>					
様式第2号 年 月 日 北秋田市職員短期人間ドック助成事業承認通知書（受診券） 申請者 所属部署 職員番号 氏 名 様 北秋田市長					様式第2号 年 月 日 北秋田市職員短期人間ドック助成事業承認通知書（受診券） 申請者 所属部署 職員番号 氏 名 様 北秋田市長					

改正後						改正前							
年 月 日付けで申請のありました助成金については、審査の結果、下記のとおり承認しましたので北秋田市短期人間ドック助成事業実施要綱第4条の規定により通知します。 記						年 月 日付けで申請のありました助成金については、審査の結果、下記のとおり承認しましたので北秋田市短期人間ドック助成事業実施要綱第4条の規定により通知します。 記							
受 診 対 象 者	受診年月日	年 月 日		日帰りドック		受 診 対 象 者	受診年月日	年 月 日		日帰りドック ・一泊ドック			
	職員番号		所属 部署				職員番号		所属 部署				
	フリガナ						フリガナ						
	氏 名						氏 名						
	生 年 月 日			性別	男 ・ 女		生 年 月 日			性別	男 ・ 女		
	住 所						住 所						
この通知書は受診される際、市と委託契約をした医療機関へ提出してください。						この通知書は受診される際、市と委託契約をした医療機関へ提出してください。							