

南魚沼市 国民健康保険 人間ドック助成申請書

受付印

注意点

- 電話・郵送・ファックスでの受付はできません。
- 期限内に申請してください。
- 受付時に受付済証をお渡します。
- 年齢は、令和5年4月1日現在でご記入ください。
- 【希望する項目の□にチェック☑を記入してください】
- ↓太枠の中を記入してください

申請期限
令和5年
1月13日(金)

南魚沼市長 あて

南魚沼市国民健康保険の人間ドック助成を下記のとおり申請します。市の行う保健活動のため、検診機関が検査結果を市に提供し、必要な場合は特定保健指導を受けることに同意します。
(特定保健指導を拒否すると、人間ドック助成が受けられない場合があります)

令和 年 月 日

| | | | | |
|-----|----|------------------------------|------|-----|
| 世帯主 | 住所 | 〒949 - (アパート・マンション名) 南魚沼市 | | |
| | 氏名 | | 電話番号 | - - |

| | | | | |
|--------------------|-----------------------------------|------------------------------------|----------|-------------------|
| ① | 保険証番号 | 枝番 | (市役所記入欄) | 希望月 |
| 氏名 | 生年月日 | | 年齢 | □令和 年 月(上旬・中旬・下旬) |
| | 昭和 年 月 日 | | 歳 | □特に希望しない |
| 希望機関 | 胃の検査方法 | 乳がん検診 | 子宮頸がん検診 | 送迎 |
| □小出検診センター | □なし □バリウム | □あり □なし | □あり □なし | □あり □なし |
| □ゆきぐに大和病院 (健友館) | □なし □バリウム □胃カメラ(鼻) □胃カメラ(口) | □あり □なし | □あり □なし | / |
| □湯沢町保健医療センター | □なし □バリウム □胃カメラ(鼻) □胃カメラ(口) | □あり □なし 乳腺超音波検査(エコー) | □あり □なし | |
| □長岡健康管理センター | □なし □バリウム □胃カメラ(鼻) □胃カメラ(口) | □マンモグラフィ □3Dマンモグラフィ □エコー □なし | □あり □なし | / |
| 送迎乗車場所 | □本庁舎 □塩沢庁舎 □大巻開発センター | | | |

| | | | | |
|--------------------|-----------------------------------|------------------------------------|----------|-------------------|
| ② | 保険証番号 | 枝番 | (市役所記入欄) | 希望月 |
| 氏名 | 生年月日 | | 年齢 | □令和 年 月(上旬・中旬・下旬) |
| | 昭和 年 月 日 | | 歳 | □特に希望しない |
| 希望機関 | 胃の検査方法 | 乳がん検診 | 子宮頸がん検診 | 送迎 |
| □小出検診センター | □なし □バリウム | □あり □なし | □あり □なし | □あり □なし |
| □ゆきぐに大和病院 (健友館) | □なし □バリウム □胃カメラ(鼻) □胃カメラ(口) | □あり □なし | □あり □なし | / |
| □湯沢町保健医療センター | □なし □バリウム □胃カメラ(鼻) □胃カメラ(口) | □あり □なし 乳腺超音波検査(エコー) | □あり □なし | |
| □長岡健康管理センター | □なし □バリウム □胃カメラ(鼻) □胃カメラ(口) | □マンモグラフィ □3Dマンモグラフィ □エコー □なし | □あり □なし | / |
| 送迎乗車場所 | □本庁舎 □塩沢庁舎 □大巻開発センター | | | |

切り取り線