

南魚沼市 国民健康保険・後期高齢者医療 人間ドック費用助成申請書

注意点

電話・郵送・ファックスでの受付はできません。

申請期限 令和8年1月15日(木)

助成対象条件

(共通)

- ・国民健康保険税、後期高齢者医療保険料の滞納がないこと
- ・人間ドック助成を受けようとする年度内において、市が実施する住民健診を受けないこと
(国民健康保険)
- ・平成3年4月1日以前に生まれ、申請日から受診日まで継続して国保の加入資格があること
(後期高齢者医療)
- ・人間ドック受診時において、後期高齢者医療の被保険者であって、南魚沼市に住所を有していること

南魚沼市長 あて

助成対象条件を満たすことを申し添え、人間ドック助成を申請します。また、以下の内容について同意します。
(共通)

- ・市が検診機関の予約及び受診日調整を行うため、申請者の申請情報を検診機関に提供すること
(国民健康保険)
- ・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
(後期高齢者医療)
- ・申請者または検診機関が、申請者の人間ドックの受診結果を市及び新潟県後期高齢者医療広域連合（以下「市等」という。）に提供すること
- ・提供された人間ドックの受診結果について、市等が、今後実施する保健活動、保健指導及び健康相談を実施するとき並びに特定の個人が識別されることがない方法で統計・調査研究を実施する場合に限り使用すること

令和 年 月 日

住所	〒949- 南魚沼市				電話番号
				――	

種類	国保・後期	番号・枝番	コード	検診希望月
氏名	生年月日			年齢(R8.4.1時点)
	大正・昭和・平成	年	月	日

検診希望機関		胃の検査方法	乳がん検診	子宮頸がん検診
<input type="checkbox"/> ゆきぐに健友館AI(R8.4.1~)		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> 胃カメラ(鼻) <input type="checkbox"/> 胃カメラ(口)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> 小出検診センター		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> バリウム	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> 長岡健康管理センター		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> 胃カメラ(鼻) <input type="checkbox"/> 胃カメラ(口)	<input type="checkbox"/> マンモグラフィ <input type="checkbox"/> 3Dマンモグラフィ <input type="checkbox"/> エコー <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> 湯沢町保健医療センター※1		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> 胃カメラ(鼻) <input type="checkbox"/> 胃カメラ(口)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 乳腺超音波検査(エコー)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> その他の検診機関※1・2 ()				

種類	国保・後期	番号・枝番	コード	検診希望月
氏名	生年月日			年齢(R8.4.1時点)
	大正・昭和・平成	年	月	日

検診希望機関		胃の検査方法	乳がん検診	子宮頸がん検診
<input type="checkbox"/> ゆきぐに健友館AI(R8.4.1~)		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> 胃カメラ(鼻) <input type="checkbox"/> 胃カメラ(口)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> 小出検診センター		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> バリウム	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> 長岡健康管理センター		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> 胃カメラ(鼻) <input type="checkbox"/> 胃カメラ(口)	<input type="checkbox"/> マンモグラフィ <input type="checkbox"/> エコー <input type="checkbox"/> 3Dマンモグラフィ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> 湯沢町保健医療センター※1		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> 胃カメラ(鼻) <input type="checkbox"/> 胃カメラ(口)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 乳腺超音波検査(エコー)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> その他の検診機関※1・2 ()				

※1 (後期の人) 湯沢町保健医療センター及びその他の検診機関で受診する場合は、自分で予約が必要です

※2 (国保の人) その他の検診機関は選択できません