

南魚沼市国民健康保険 人間ドック助成申請書

注意点

- 電話・郵送・ファックスでの受付はできません。
 - 受付は、先着順です。
 - 期限内にお申し込みください。
 - 受付時に受付済証をお渡します。
 - 年齢は、令和2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

申込期限
令和2年
1月15日(水)

受付印

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- 南魚沼市		(アパート・マンション名)
	氏名	Ⓜ	電話番号	- -

①	保険証番号	(市役所記入欄)			検診希望月	
氏名		生年月日		年齢	性別	<input type="checkbox"/> 令和 年 月 (上旬・中旬・下旬) <input type="checkbox"/> 特に希望しない
		昭和 年 月 日	歳	男・女		
検診希望機関	胃の検査方法	乳がん検診		子宮頸がん検診	送迎	
<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"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
<input type="checkbox"/> ゆきぐに大和病院 (健友館)	<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"/> 湯沢町 保健医療センター	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> 胃カメラ(口)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 乳腺超音波検診(エコー)		<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"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
送迎乗車場所※	<input type="checkbox"/> 本庁舎 <input type="checkbox"/> 塩沢庁舎 <input type="checkbox"/> 大和庁舎 <input type="checkbox"/> 大巻開発センター					

②	保険証番号	(市役所記入欄)			検診希望月	
氏名		生年月日		年齢	性別	<input type="checkbox"/> 令和 年 月 (上旬・中旬・下旬) <input type="checkbox"/> 特に希望しない
		昭和 年 月 日	歳	男・女		
検診希望機関	胃の検査方法	乳がん検診		子宮頸がん検診	送迎	
<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"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
<input type="checkbox"/> ゆきぐに大和病院 (健友館)	<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"/> 湯沢町 保健医療センター	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> 胃カメラ(口)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 乳腺超音波検診(エコー)		<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"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
送迎乗車場所※	<input type="checkbox"/> 本庁舎 <input type="checkbox"/> 塩沢庁舎 <input type="checkbox"/> 大和庁舎 <input type="checkbox"/> 大巻開発センター					

*ゆきぐに大和病院(健友館)と湯沢町保健医療センターは、送迎を行いません。小出検診センターは、大和庁舎への送迎は行いません。長岡健康管理センターは、本庁舎・大和庁舎のみの送迎となります