

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6年1月15日(月)^{※1}

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) ・平成元年4月1日以前に生まれ、申請日から受診日まで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。 (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) ・申請者又は検診機関が、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(R6.4.1時点)	<input type="checkbox"/> 令和 年 月(上旬・中旬・下旬) <input type="checkbox"/> 特に希望しない
	大正・昭和・平成 年 月 日		歳	
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"/> 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"/> 本庁舎 <input type="checkbox"/> 塩沢庁舎 <input type="checkbox"/> 大巻開発センター
<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"/> 湯沢町保健医療センター ^{※2}	<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 乳腺超音波検査(エコー)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 本庁舎 <input type="checkbox"/> 塩沢庁舎 <input type="checkbox"/> 大巻開発センター
<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"/> その他の検診機関 ^{※2,3} ()				
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(R6.4.1時点)	<input type="checkbox"/> 令和 年 月(上旬・中旬・下旬) <input type="checkbox"/> 特に希望しない
	大正・昭和・平成 年 月 日		歳	
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"/> 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"/> 本庁舎 <input type="checkbox"/> 塩沢庁舎 <input type="checkbox"/> 大巻開発センター
<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"/> 湯沢町保健医療センター ^{※2}	<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 乳腺超音波検査(エコー)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 本庁舎 <input type="checkbox"/> 塩沢庁舎 <input type="checkbox"/> 大巻開発センター
<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"/> その他の検診機関 ^{※2,3} ()				

※1 (後期の人) 令和6年度に限り、自分で検診機関へ予約する場合、申請期限は令和6年5月31日(金)まで延長されます。ただし、受診後自分で助成額の請求が必要です

※2 (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受診には申請日に限らず自分で予約が必要です

※3 (国保の人) その他検診機関は選択できません