

# <記載例>

令和6年度用

(宛先) 上越市長

令和 年 月 日

次のとおり上越市国民健康保険人間ドック助成金の交付を申請します。  
市が人間ドックを受診する指定健診機関から健診結果の提供を受けること及び  
について同意します。

提出する日を記入

申請者	住所	上越市 木田1-1-3	
	フリガナ	ジョウエツ ハナコ	性別 男・(女)
	氏名	上越 花子	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 ○○年○○月○○日 <input type="checkbox"/> 西暦 (○○歳)
	被保険者証番号	上 越 ○○○○○○○○	電 話 ○○○ (○○○) ○○○○

## 1 希望する受診機関のチェック欄にチェック☑してください。

チェック欄	健診機関
<input checked="" type="checkbox"/>	1-1 上越医師会 (上越市)
<input type="checkbox"/>	1-2 上越医師会 (妙高健診室)
<input type="checkbox"/>	2 上越総合病院
<input type="checkbox"/>	3 けいなん総合病院
<input type="checkbox"/>	4 新潟県立中央病院
<input type="checkbox"/>	5 新潟県立柿崎病院
<input type="checkbox"/>	6 新潟県立病院
<input type="checkbox"/>	7
<input type="checkbox"/>	8
<input type="checkbox"/>	9

女性の方は、乳がん検診・子宮頸がん検診の希望を忘れずにチェック☑を付けてください

※1-1 上越医師会 (上越市) で胃カメラを希望される人は、以下の項目を確認してください。一つでも当てはまる場合は胃カメラを実施できません。

- 局所麻酔又は歯科麻酔やで、アレルギーや体調不良を起こしたことがある。
- 脳疾患 (脳梗塞・脳出血等)、心疾患 (狭心症・心筋梗塞・不整脈等) の治療中 (経過観察中も含む) 又は発症の予防等で血液をさらさらにする薬 (抗凝固薬) を飲んでいる。
- 糖尿病で薬やインスリン注射の治療をしている。ただし、内服治療をしている人で低血糖を起こす危険がないと主治医が判断し、内視鏡検査を許可された人は除く。
- 消化器疾患 (食道・胃・十二指腸・大腸) の治療中や定期検査を行っている。また、医療機関で内視鏡検査の指示を受けている。(逆流性食道炎治療中も含む)
- 人工透析をしている。
- 妊娠中又は妊娠の可能性がある。

## 2 次の検診の受診希望についてチェック☑してください。

<input checked="" type="checkbox"/>	胃部検診	選択してください▶ <input checked="" type="checkbox"/> 胃カメラ <input type="checkbox"/> バリウム
<input checked="" type="checkbox"/>	乳がん検診	
<input type="checkbox"/>	子宮頸がん検診	【注】子宮頸がん検診は新
<input type="checkbox"/>	喀痰細胞診	【注】喀痰細胞診は上越総

## 3 希望する受診時期をチェック☑してください。(希望)

<input type="checkbox"/> 5月~11月	<input checked="" type="checkbox"/> 12月~3月	【注】「上越医
---------------------------------	--------------------------------------------	---------

## ●「上越医師会」の「12月~3月」を希望した人のみ回答してください。

4 12月~3月の上越医師会の人間ドックは、「通常料金コース」と「冬期料金コース」があります。冬期料金コースの場合、リウマチとアミラーゼの検査が省略になる分、お安く受診できます。希望するコースにチェック☑してください。

<input checked="" type="checkbox"/> 通常料金コース	<input type="checkbox"/> 冬期料金コース
---------------------------------------------	----------------------------------

## ●「新潟県健康管理協会、新潟県労働衛生医学協会、新潟県けんこう財団を希望した人のみ回答してください。

5 送迎の希望についてチェック☑してください。

<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない
-------------------------------	--------------------------------

## ●「新潟県労働衛生医学協会」を希望した人のみ回答してください。

6 希望する受診場所にチェック☑してください。

<input type="checkbox"/> プラーカ健康増進センター	<input type="checkbox"/> 新津成人病検診センター	<input type="checkbox"/> 新潟健診スクエア (新)
<input type="checkbox"/> 岩室成人病健診センター	<input type="checkbox"/> 県央健診スクエア (新)	
<input type="checkbox"/> アクアール長岡健康増進センター	<input type="checkbox"/> 小出検診センター	<input type="checkbox"/> 十日町検診センター

## 自由記述欄

人間ドック受診月などについて希望がありましたらご記入ください。

例： ○月頃に受診したい。 ⇒時期 (○月頃) または、複数の候補日を記入  
夫婦で同じ日に受診したい。 など