

(宛先) 上越市長

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保健指導に活用することについて同意します。

申請者	住 所	上越市		
	フリガナ		性 別	男 ・ 女
	氏 名		生年月日	昭和・平成 年 月 日 ・西暦 (歳)
	被保険者番号	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	
☐	1-1 上越医師会 (上越市)	⇒2・3・4を回答してください。
☐	1-2 上越医師会 (妙高健診室)	⇒2・3・4を回答してください。
☐	2 上越総合病院	⇒2・3を回答してください。
☐	3 けいなん総合病院	⇒2・3を回答してください。
☐	4 新潟県立中央病院	⇒2を回答してください。
☐	5 新潟労災病院	⇒2・3を回答してください。
☐	6 新潟県健康管理協会	⇒2・3・5を回答してください。
☐	7 新潟県労働衛生医学協会	⇒2・3・5・6を回答してください。
☐	8 新潟県けんこう財団	⇒2・3・5を回答してください。

2 次の検診の受診希望についてチェック☑してください。(チェックがない場合は「希望なし」とみなします。)

☐	胃部検診	【注】「上越医師会 (妙高健診室)」を選択 選択してください▶ ☐ 胃カメラ ☐ バリウム した場合は胃カメラを選択できません。
☐	乳がん検診	
☐	子宮頸がん検診	【注】子宮頸がん検診は新潟労災病院では実施していません。
☐	喀痰細胞診	【注】喀痰細胞診は上越総合病院、新潟労災病院では実施していません。

3 希望する受診時期をチェック☑してください。(希望に添えない場合があります)

☐ 5月～11月	☐ 12月～3月	【注】「上越医師会」の「胃カメラ」を選択した場合は12月～3月を 選択してください。(5月～11月は選択できません。)
---------------------------------	---------------------------------	--

●「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。

☐ 通常料金コース	☐ 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。

☐ 希望する	☐ 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。

☐ プラーカ健康増進センター	☐ 新津成人病検診センター	☐ 新潟健診スクエア
☐ 岩室成人病健診センター	☐ 県央健診スクエア	
☐ アクアレー長岡健康増進センター	☐ 小出検診センター	☐ 十日町検診センター

自由記述欄