

(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 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	氏名を記入	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 希望する受診機関チェック欄にチェック

日中連絡の取りやすい連絡先を記載してください。

チェック欄	健診機関
<input 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 新潟県健康管理協会
<input type="checkbox"/>	6 新潟県労働衛生医学協会
<input type="checkbox"/>	7 新潟県けんこう財団

&gt;2・3・4を回答してください。

&gt;2・3・4を回答してください。

&gt;2・3・4を回答してください。

※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

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

<input type="checkbox"/>	胃部検診	選択してください
<input 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潟県立中央病院で行われます。
<input type="checkbox"/>	喀痰細胞診	【注】喀痰細胞診は上越総合病院で行われます。

## 3 希望する受診時期をチェック☑してください。(希望に)

<input type="checkbox"/> 5月～11月	<input type="checkbox"/> 12月～3月	【注】「上越医師会」を選択してください。
---------------------------------	---------------------------------	----------------------

●「上越医師会」の「12月～3月」を希望した人のみ回答

## 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」または「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 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。

☐ 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。

<input type="checkbox"/> プラカ健康増進センター	<input type="checkbox"/> 新潟成人病検診センター	<input type="checkbox"/> 新潟健診スクエア
<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	
<input type="checkbox"/> アクアレー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