

令和7年度 村上市人間ドック費用助成申込書

令和 年 月 日

(あて先) 村上市長

次のとおり村上市人間ドック費用助成を申し込みます。

なお、健診結果を特定健康診査・特定保健指導データとして利用すること、及び後期高齢者医療制度の場合は新潟県後期高齢者医療広域連合に提供することに同意します。

申込者①

健康保険資格		1. 国保 2. 後期		宛 名 番 号 ※			
カナ氏				カナ名			
氏				名			
住 所	村上市						
生年月日	昭和 年 月 日 (歳)				性 別	男 ・ 女	
電話番号	自宅				携帯		
希望する健診機関	N o		健診機関名				
胃部検査	1 胃カメラ 2 バリウム 3 受けない				希望月	月	

申込者②

健康保険資格		1. 国保 2. 後期		宛 名 番 号 ※			
カナ氏				カナ名			
氏				名			
住 所	村上市						
生年月日	昭和 年 月 日 (歳)				性 別	男 ・ 女	
電話番号	自宅				携帯		
希望する健診機関	N o		健診機関名				
胃部検査	1 胃カメラ 2 バリウム 3 受けない				希望月	月	

※健康診査申込書の氏名欄、生年月日下の数字が宛名番号です。

裏面の記入要領を参照のうえ記入してください。

保健医療課記入欄

	資格	特定健診	助成可否	登録	世帯番号
申込者①	有 ・ 無	未 ・ 済	可 ・ 否	☐	
申込者②	有 ・ 無	未 ・ 済	可 ・ 否	☐	

記入要領

- ①「健康保険資格」欄・・・・・・・・・・どちらかの加入している健康保険を選択し○印を記入してください。
- ②「宛名番号」欄・・・・・・・・健康診査申込書の氏名欄、生年月日下の数字が宛名番号です。
- ③「氏名」の欄・・・・・・・・・・**健診結果の提供及び特定健康診査・特定保健指導もデータとして利用すること、及び後期高齢者医療制度の場合は新潟県後期高齢者医療広域連合に提供することについて同意していただくことが費用助成の条件となります。必ず申込者本人が記入、または本人の了承を得たうえで記入してください。**
- ④「住所」等の欄・・・・・・・・・・申込者の「住所」、「生年月日」、「性別」、「電話番号」を記入してください。
- ⑤「希望する健診機関」欄・・・・別紙「人間ドック費用助成のご案内」裏面に記載の健診機関の「No」と「健診機関名」を記入してください。
- ⑥「胃部検査」欄・・・・・・・・・・「1 胃カメラ」又は「2 バリウム」を選択し○印を記入してください。
また、胃部の検査を希望しない場合は「3 受けない」に○印を記入してください。

【注意】胃部検査の選択ができない健診機関

◎バリウムのみ

4 下越総合健康開発センター 13 荘内地区健康管理センター

◎胃カメラのみ

2 県立坂町病院 12 みやはらクリニック

- ⑦「希望月」欄・・・・・・・・・・人間ドックの**希望月を必ず記入**してください。ただし、**日の指定はできません**ので予めご了承ください。