

湯沢町国民健康保険 令和6年度 人間ドック助成申請書

【表面】

受付印

下記の記載事項を必ずお読みになり、太枠内をご記入ください。
希望する項目の□にチェック☑を入れてください。
オプション欄の<>内は選択肢です。いずれか1つに○を付けてください。
●年齢は令和6年4月1日時点でご記入ください。

◎受診期間・対象者

- 受診期間： 令和6年4月～令和7年3月
- 対象者： 1年以上湯沢町国保に加入（令和6年4月1日時点）している35歳～74歳の方
国民健康保険税の未納がない世帯の方

◎注意事項 申し込みにあたって必ずお読みください

○共通事項

- 受付期間内（令和6年1月29日①～2月29日②）に申請してください。
- 受診希望月が特定の月に集中した場合、希望通りにならないことがあります。
- 慢性腎臓病対策として、尿中塩分測定を追加します。（自己負担なし）追加検査結果はドック結果とは別に通知します。

○オプション（別途自己負担）について

- 申請書に記載されているもの以外のオプションを受診希望される場合は、医療機関からのご案内を参考に、直接受診先へお申し込み願います。オプションのうち「頭部CT」について国保で一部助成します。
- 乳がん・子宮がん検診は、基本項目には含まれていません。対象の方は住民検診を申し込むことができます。（申込者に町から通知書を郵送します。）

○町立湯沢病院（健康増進施設）を希望される方へ

- オプションで胃カメラを希望される場合、1日当たりの受入枠があるため、受診月を指定しても希望通りにならないことがあります。
- 人間ドック当日に胃カメラ検査を実施できなかった場合、後日実施することができます。
- オプションの胃カメラ検査を希望しない人は、基本項目の「バリウム」または「胃検査なし」を選択してください。
- 乳がん検査は超音波（エコー）で行います。

湯 沢 町 長 あて

湯沢町国民健康保険の人間ドック費用助成を下記のとおり申請します。
町が行う保健活動に活用するため、健診機関が検査結果を町に提供し、必要な精密検査や特定保健指導を受けることに同意します。

		令和6年	月	日
住所	〒949- 湯沢町	(アパート・マンション名)		
被保険者番号	湯沢	被保険者証右上にある8ケタの数字	電話番号	— —
申請者氏名				

裏面も必ずご記入ください。

申請者①	氏名		受付No.		受診希望月※		<input type="checkbox"/> 特に希望しない [特に希望する月がある場合はご記入ください] 月
			個人コード				
	生年月日	昭和 年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢※	歳	
	医療機関	<input type="checkbox"/> 町立湯沢病院(健康増進施設)		<input type="checkbox"/> ゆきぐに大和病院(健友館)		<input type="checkbox"/> 小千谷総合病院	
オプション (別途自己負担)	<input type="checkbox"/> 乳腺超音波 <input type="checkbox"/> 子宮がん <input type="checkbox"/> 婦人科セット(乳子宮) <input type="checkbox"/> 前立腺がん	<input type="checkbox"/> 胃カメラ(経口・経鼻) ※ ↓胃カメラを希望しない人(基本項目 自己負担なし) <input type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> 胃検査なし	<input type="checkbox"/> 乳がん <超音波・X線> ↑どちらかに○を記入 <input type="checkbox"/> 子宮がん <input type="checkbox"/> 前立腺がん	<input type="checkbox"/> 胃カメラ <経口・経鼻> ↑どちらかに○を記入	<input type="checkbox"/> 乳がん(X線) <input type="checkbox"/> 子宮がん(頸がん、エコー) <input type="checkbox"/> 前立腺がん	<input type="checkbox"/> 胃カメラ <経口・経鼻> ↑どちらかに○を記入	

申請者②	氏名		受付No.		受診希望月※		<input type="checkbox"/> 特に希望しない [特に希望する月がある場合はご記入ください] 月
			個人コード				
	生年月日	昭和 年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢※	歳	
	医療機関	<input type="checkbox"/> 町立湯沢病院(健康増進施設)		<input type="checkbox"/> ゆきぐに大和病院(健友館)		<input type="checkbox"/> 小千谷総合病院	
オプション (別途自己負担)	<input type="checkbox"/> 乳腺超音波 <input type="checkbox"/> 子宮がん <input type="checkbox"/> 婦人科セット(乳子宮) <input type="checkbox"/> 前立腺がん	<input type="checkbox"/> 胃カメラ(経口・経鼻) ※ ↓胃カメラを希望しない人(基本項目 自己負担なし) <input type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> 胃検査なし	<input type="checkbox"/> 乳がん <超音波・X線> ↑どちらかに○を記入 <input type="checkbox"/> 子宮がん <input type="checkbox"/> 前立腺がん	<input type="checkbox"/> 胃カメラ <経口・経鼻> ↑どちらかに○を記入	<input type="checkbox"/> 乳がん(X線) <input type="checkbox"/> 子宮がん(頸がん、エコー) <input type="checkbox"/> 前立腺がん	<input type="checkbox"/> 胃カメラ <経口・経鼻> ↑どちらかに○を記入	

申請者③	氏名		受付No.		受診希望月※		<input type="checkbox"/> 特に希望しない [特に希望する月がある場合はご記入ください] 月
			個人コード				
	生年月日	昭和 年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢※	歳	
	医療機関	<input type="checkbox"/> 町立湯沢病院(健康増進施設)		<input type="checkbox"/> ゆきぐに大和病院(健友館)		<input type="checkbox"/> 小千谷総合病院	
オプション (別途自己負担)	<input type="checkbox"/> 乳腺超音波 <input type="checkbox"/> 子宮がん <input type="checkbox"/> 婦人科セット(乳子宮) <input type="checkbox"/> 前立腺がん	<input type="checkbox"/> 胃カメラ(経口・経鼻) ※ ↓胃カメラを希望しない人(基本項目 自己負担なし) <input type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> 胃検査なし	<input type="checkbox"/> 乳がん <超音波・X線> ↑どちらかに○を記入 <input type="checkbox"/> 子宮がん <input type="checkbox"/> 前立腺がん	<input type="checkbox"/> 胃カメラ <経口・経鼻> ↑どちらかに○を記入	<input type="checkbox"/> 乳がん(X線) <input type="checkbox"/> 子宮がん(頸がん、エコー) <input type="checkbox"/> 前立腺がん	<input type="checkbox"/> 胃カメラ <経口・経鼻> ↑どちらかに○を記入	

※印のところは特に表面の記載事項をご確認ください。