

湯沢町国民健康保険 令和8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8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8年4月～令和9年3月
- ・対象者： 1年以上湯沢町国保に加入（令和8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8年1月26日⑧～2月27日⑨）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

- ・オプションのうち「頭部CT」については、国保で一部助成します。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、医療機関からの案内を読んで直接お申し込みください。
- ・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8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 ※8桁の数字	湯沢	電話番号	— —
申請者氏名 ※申請者全員			

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 ※	□ 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	
	生年月日	年	月	日	性別			個人コード
	医療機関	□ 町立湯沢病院(健康増進施設)		□ ゆきぐに健友館AI		□ 小千谷総合病院		
	オブション (別途自己負担)	☐ 乳腺超音波 ☐ 子宮がん ☐ 婦人科セット (乳子宮) ☐ 前立腺がん ☐ 頭部CT	☐ 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) ☐ バリウム □胃検査なし	☐ 乳がん ↓超音波・X線 ↑どちらかに○を記入 ☐ 子宮がん ☐ 前立腺がん ☐ 頭部CT	☐ 胃カメラ ↓経口・経鼻 ↑どちらかに○を記入	☐ 乳がん(X線) ☐ 子宮がん (頸がん、エコー) ☐ 前立腺がん ☐ 頭部CT	☐ 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 ※	□ 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	
	生年月日	年	月	日	性別			個人コード
	医療機関	□ 町立湯沢病院(健康増進施設)		□ ゆきぐに健友館AI		□ 小千谷総合病院		
	オブション (別途自己負担)	☐ 乳腺超音波 ☐ 子宮がん ☐ 婦人科セット (乳子宮) ☐ 前立腺がん ☐ 頭部CT	☐ 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) ☐ バリウム □胃検査なし	☐ 乳がん ↓超音波・X線 ↑どちらかに○を記入 ☐ 子宮がん ☐ 前立腺がん ☐ 頭部CT	☐ 胃カメラ ↓経口・経鼻 ↑どちらかに○を記入	☐ 乳がん(X線) ☐ 子宮がん (頸がん、エコー) ☐ 前立腺がん ☐ 頭部CT	☐ 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 ※	□ 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	
	生年月日	年	月	日	性別			個人コード
	医療機関	□ 町立湯沢病院(健康増進施設)		□ ゆきぐに健友館AI		□ 小千谷総合病院		
	オブション (別途自己負担)	☐ 乳腺超音波 ☐ 子宮がん ☐ 婦人科セット (乳子宮) ☐ 前立腺がん ☐ 頭部CT	☐ 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) ☐ バリウム □胃検査なし	☐ 乳がん ↓超音波・X線 ↑どちらかに○を記入 ☐ 子宮がん ☐ 前立腺がん ☐ 頭部CT	☐ 胃カメラ ↓経口・経鼻 ↑どちらかに○を記入	☐ 乳がん(X線) ☐ 子宮がん (頸がん、エコー) ☐ 前立腺がん ☐ 頭部CT	☐ 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。