令和　年度　国民健康保険　特定健診申込書　兼　調査票

1　町の集団健診を申し込む場合　…　受診時期（A・B）に○をつけてください

実施時期		実施場所	自己負担額　※1	
A	春（5月）	保健福祉センター	30歳～69歳　1,000円 70歳～　無　料	詳細は広報や通知などでお知らせします。
B	秋（１０月）			

2　人間ドックを申し込む場合　…　健診機関（A～G）に○をつけ、希望を記入してください。

健　診　機　関		自己負担額※1	実施期間	希望する月	希望する曜日	喀痰検査の希望	同日受診を希望する検診等※2
A	下越総合健康開発センター(1日ドック)	14,600円	4月～3月	第1希望　月 第2希望　月	月・火・水・木・金	有・無	
B	下越総合健康開発センター(半日ドック)	13,200円		第1希望　月 第2希望　月	月・火・水・木・金 午前　・　午後	有・無	
C	新潟縣健康管理協会	14,500円		第1希望　月 第2希望　月	月・火・水・木・金・土 (第2土曜日を除く)	有・無	
D	下　越　病　院	14,500円		第1希望　月 第2希望　月	月・火・水・木・金・土 (第2・4土曜日を除く)	有・無	
E	豊　栄　病　院	14,600円		第1希望　月 第2希望　月	月・火・木・金 子宮頸がんを同時に受診する方のみ 月(午前)・水(午前)	有・無	子宮頸がん検診の希望 有・無
F	健康医学予防協会	14,500円		第1希望　月 第2希望　月	月・火・水・木・金・土 (第2土曜日を除く)	有・無	
G	新潟県労働衛生医学協会 (新潟県健康増進センター・ブラーカ健康増進センター)	15,800円		第1希望　月 第2希望　月	月・火・水・木・金	有・無	

※1　自己負担額は変更になる場合があります。　※2　同日受診を希望する検診等がありましたら記入または○で囲んでください。

3　申し込まない場合　…　申し込まない理由（A～D）に○をつけ、記入してください。

A　職場で実施する健診を受ける　　B　入院中または医療機関で受ける

C　健診を受けない・受けたくない　　D　その他　（理 由：　　）

聖籠町長　様

上記のとおり申し込み、または回答します。なお、健診結果について、町が行う保健活動等に活用するため、健診機関が町に提供すること及び町の保健事業に利用することに同意します。

令和　　年　　月　　日

住　　所

世帯主氏名

申込者氏名　　㊞

電話番号　　－　　－

職員記入欄
世 帯 番 号　　住民番号　　年度末年齢