

十日町市国民健康保険・新潟県後期高齢者医療制度加入者の方へ
令和7年度 人間ドック受診申請のご案内

人間ドックの受診および費用を助成するための申請案内です。以下の事項をご確認のうえ、申請をしてください。

対象者	<p>【十日町市国民健康保険加入者の場合】</p> <p>① 国民健康保険税に滞納がない令和7年度末年齢30歳以上の方</p> <p>② 受診時に加入している方</p> <p>③ 特定健診または住民健診を受けない方</p> <p>【十日町市に住所のある新潟県後期高齢者医療制度加入者の場合】</p> <p>① 後期高齢者医療保険料および市税に滞納がない方</p> <p>② 受診時に加入している方</p> <p>③ 住民健診を受けない方</p>
実施期間	<p>令和7年5月1日から令和8年3月31日の間</p> <p>※ただし、受診機関が指定する日とします。</p>
申請方法	<p>■十日町市役所本庁市民生活課または各支所地域振興課で申請する場合 必要事項を記入した「人間ドック受診申請書」及び「健康保険の資格がわかるもの(①～③のいずれか)」をお持ちの上、直接申請してください。</p> <p>①「健康保険証(被保険者証)」または「資格確認書」</p> <p>②「マイナポータル」の健康保険証情報画面(※1)</p> <p>③「資格情報のお知らせ」(※2)</p> <p>(※1) マイナ保険証利用登録済の方のみ (※2) マイナ保険証利用登録済の国保の方のうち、令和6年12月2日以降に加入又は転居等の異動があった方のみ</p> <p>■WEBフォームで申請する場合 右記二次元コードより必要事項を記入の上申請してください。</p> <p>※公民館では申請できません。 ※電話、郵送、嘱託員を介しての申請はできません。</p>
申請期間	<p>令和7年2月10日(月)午前8時30分 ～ 令和7年2月25日(火)午後5時15分</p> <p>※期限経過後の申請はできません。</p>
主な検査項目	<p>健康診断(問診、身体測定など)、肺がん検査(胸部レントゲン)、胃がん検査(バリウム)、大腸がん検査(検便)、眼底検査、血液検査、聴覚検査、尿検査、心電図、腹部超音波検査など</p> <p>※新型コロナウイルス等の状況により検査項目が変更となる場合があります。 ※申請者の都合により、一部の検査項目を受けない場合であっても、受診料・自己負担額は変わりません。 ※オプション検査の項目は実施機関ごとに異なります。詳細は実施機関にお問い合わせください。</p>
注意事項	<p>○助成を受けることができる回数は、1年度につき1人1回です。</p> <p>○受診日や曜日を指定することはできません。また、申込状況等により受診月がご希望に沿えない場合があります。</p> <p>○受診日などの詳細は、希望する受診機関から郵送される受診案内で確認してください。</p> <p>○申込状況等により、受診機関を変更していただく場合があります。</p> <p>○申請書は十日町市ホームページにも掲載しています。</p>

【問い合わせ先：市民生活課国保年金係 ☎ 025-757-3735】

受診機関	受診料	自己負担額		食事	胃カメラ	送迎	その他
		国保	後期				
十日町検診センター ☎025-752-6196	41,800円	16,720円	31,800円	○	×	○ ※①	○婦人科検診を含む最大19種類のオプション検査があります(当日申込みでも受診可能です)。 ○婦人科検診希望の方は申請書に☑してください。 ※①送迎は川西、中里、松代、松之山地域を予定しています。
上村診療所 ☎025-761-3003	41,800円	16,720円	31,800円	○	○ ※①	×	○冬季(1月～2月)は無料オプションが付きまます。(内容は上村診療所にお問い合わせください) ○婦人科検診希望の方は申請書に☑してください(子宮・乳がん検診と一緒に受けられるレディース日を設けました)。 ※①胃カメラ希望の方は申請書に☑してください(別料金)。
小千谷総合病院(小千谷市) ☎0258-81-1620	41,800円	16,720円	31,800円	○	○ ※①	○ ※②	○6月の受診希望はできません。 ○婦人科検診希望の方は申請書に☑してください。(乳房超音波検査を希望される方は、事前に小千谷総合病院健診センターにご連絡ください)。 ※①胃カメラ希望の方は申請書に☑してください。 ※②送迎は8、9、10月、十日町、川西地域を予定。期日の指定はできません。
新潟県健康管理協会(新潟市) ☎025-245-4455(予約専用)	39,600円	15,840円	29,600円	○	○ ※①	○ ※②	○レディースフロアを完備しています。 ○婦人科検診希望の方は申請書に☑してください。 ※①胃カメラ希望の方は申請書に☑してください(別料金)。送迎希望の方は胃カメラはできません。 ※②送迎日 6月11日(水)
上越地域総合健康管理センター(上越市) ☎025-521-0521	39,600円	15,840円	29,600円	×	○ ※①	×	○婦人科検診希望の方は申請書に☑してください(乳がん検診(エコー)を希望の方はご連絡ください)。 ※①胃カメラ希望の方は申請書に☑してください(別料金)。通常は経鼻です。事前問診項目に該当がある場合は実施できません(持病がある方、局所麻酔のアレルギー反応が出る方など)。
長岡健康管理センター(長岡市) ☎0258-28-3555(予約専用)	39,600円	15,840円	29,600円	△ ※①	○ ※②	×	○婦人科検診希望の方は申請書に☑してください。 ○令和7年度よりMRI装置導入により脳ドック受診可能です(助成対象外)。 ※①ギフトカードをお渡ししています。 ※②胃カメラ希望の方は申請書に☑してください(別料金)。

○受診料・自己負担額は変更となる場合があります。

○自己負担額は受診時に加入している保険(十日町市国民健康保険または新潟県後期高齢者医療制度)の金額となります。

人間ドックを受診したいので、次のとおり申請します。
 なお、検診結果を特定健康診査・特定保健指導の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。

十日町市長 様 令和 年 月 日
 郵便番号 _____
 住 所 十日町市 _____
 世帯主名 _____
 電話番号 _____ () _____

健康保険資格	1. 国民健康保険		2. 後期高齢者医療制度	
被保険者番号				
ふりがな				
受診者氏名				
生年月日	大正・昭和・平成		年 月 日	
性別	1. 男		2. 女	
希望受診機関に○をつけてください。	1. 十日町検診センター		4. 新潟県健康管理協会	
	2. 上村診療所		5. 上越地域総合健康管理センター	
	3. 小千谷総合病院 ※6月の受診希望はできません。		6. 長岡健康管理センター	
受診希望月	第1希望 _____ 月		第2希望 _____ 月	
送迎バス	<input type="checkbox"/> 希望する ※受診機関1、3、4を希望された方			
胃カメラ	<input type="checkbox"/> 希望する（経鼻） <input type="checkbox"/> 希望する（経口） ※受診機関2、3、4、5、6を希望された方 ※受診機関2、5は経鼻となります（経口希望の場合は受診機関にご相談ください）			
婦人科健診	子宮頸がん検診 <input type="checkbox"/> 希望する		乳がん検診 <input type="checkbox"/> 希望する	

〇市の住民健診及びがん検診（胃・大腸・肺）、婦人科検診を申し込んでいた場合、当該健診（検診）をキャンセルすることに同意します。

※以下は記入しないでください。

審査	保険税（料）等	可・非	受診券整理番号	
	年齢	可・非	受診決定日	令和 年 月 日

人間ドックを受診したいので、次のとおり申請します。
 なお、検診結果を特定健康診査・特定保健指導の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。

十日町市長 様 令和 年 月 日
 郵便番号 _____
 住 所 十日町市 _____
 世帯主名 _____
 電話番号 _____ () _____

健康保険資格	1. 国民健康保険		2. 後期高齢者医療制度	
被保険者番号				
ふりがな				
受診者氏名				
生年月日	大正・昭和・平成		年 月 日	
性別	1. 男		2. 女	
希望受診機関に○をつけてください。	1. 十日町検診センター		4. 新潟県健康管理協会	
	2. 上村診療所		5. 上越地域総合健康管理センター	
	3. 小千谷総合病院 ※6月の受診希望はできません。		6. 長岡健康管理センター	
受診希望月	第1希望 _____ 月		第2希望 _____ 月	
送迎バス	<input type="checkbox"/> 希望する ※受診機関1、3、4を希望された方			
胃カメラ	<input type="checkbox"/> 希望する（経鼻） <input type="checkbox"/> 希望する（経口） ※受診機関2、3、4、5、6を希望された方 ※受診機関2、5は経鼻となります（経口希望の場合は受診機関にご相談ください）			
婦人科健診	子宮頸がん検診 <input type="checkbox"/> 希望する		乳がん検診 <input type="checkbox"/> 希望する	

〇市の住民健診及びがん検診（胃・大腸・肺）、婦人科検診を申し込んでいた場合、当該健診（検診）をキャンセルすることに同意します。

※以下は記入しないでください。

審査	保険税（料）等	可・非	受診券整理番号	
	年齢	可・非	受診決定日	令和 年 月 日