

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8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 | 【十日町市国民健康保険加入者の場合】 ① 国民健康保険税に滞納がない令和8年度末年齢30歳以上の方 ② 受診時に加入している方 ③ 特定健診または住民健診を受けない方 【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】 ① 後期高齢者医療保険料および市税に滞納がない方 ② 受診時に加入している方 ③ 住民健診を受けない方 |
| 実施期間 | 令和8年5月1日から令和9年3月31日の間 ※ただし、受診機関が指定する日とします。 |
| 申請方法 | ■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。 ①「資格確認書」 ②「資格情報のお知らせ」 ③「マイナポータル」の健康保険証情報画面(※1) (※1) マイナ保険証利用登録済みの方のみ ※公民館では申請できません。 ※電話、郵送、市政事務協力員を介しての申請はできません。 ■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入力の上、申請してください。 |
| 申請期間 | 令和8年2月10日(火)午前8時30分 ～ 令和8年2月27日(金)午後5時15分 ※期限経過後の申請はできません。 |
| 主な検査項目 | 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 ※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。 |
| 注意事項 | ○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。 ○受診日や曜日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。 ○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。 ○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。 ○申請書は十日町市ホームページにも掲載しています。 |

【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 | 44,000円 | 17,600円 | 34,000円 | ○ | × | × | ○婦人科検診を含む最大20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。 |
| 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・乳がん検診が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(別料金)。 ※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) | 41,800円 | 16,720円 | 31,800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10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)。 ○令和8年度より胃がん検査を受けない方へのQ10カード配布は行いません。 ※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マニエーションが出る方など)。 |
| 長岡健康管理センター(長岡市) ☎0258-28-3555(予約専用) | 41,800円 | 16,720円 | 31,800円 | △※① | ○※② | × | ○婦人科検診希望の方は申請書に☑してください。 ○MRI装置導入により脳ドックが受診可能です(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） | |
| 婦人科検診 | 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） | |
| 婦人科検診 | 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 |