

- 大口町国民健康保険に加入
- 大口町在住の愛知県後期高齢者医療制度に加入 の皆さんへ

人間ドックの申込みについて

大口町国民健康保険に加入されている方および大口町にお住まいの愛知県後期高齢者医療制度に加入されている方を対象に、人間ドックをおこないます。希望される方は、下記の内容をご確認いただき、お申し込みください。

	国民健康保険	後期高齢者医療制度
対象者 ※①と②の両方に該当する方	①平成31年4月1日現在、30歳以上75歳未満で、大口町国民健康保険に1年以上(平成30年4月2日以前から引き続き)加入している方 ②平成31年3月31日現在、保険税を完納している世帯に属する方	①平成31年4月1日現在、大口町に1年以上(平成30年4月2日以前から引き続き)お住まいの方 ②平成31年3月31日現在、保険料を完納している世帯に属する方
募集人数	●人間ドックのみ200名程度 ●脳検査併用100名程度	●人間ドックのみ60名程度 ●脳検査併用40名程度
申込人数	※ 予算枠および医療機関の受診枠を超える応募があった場合は抽選をおこないます。抽選番号および抽選日については、4月下旬に通知します。 ※ 抽選の結果、脳検査併用で申し込まれた方を人間ドックのみに変更させていただく場合がありますので、ご了承ください。	
申込受付期間	1世帯につき2名まで	
検査実施期間	4月1日(月)から10日(水)まで(当日消印有効)	
自己負担額	5月中旬から6月末日(予定) ※ 小牧市民病院については、改修工事のため実施期間が異なります。 ※ 後期高齢者医療制度に加入されている方については、希望される医療機関によっては6月のみになる場合があります。	
申込方法	●人間ドックのみ 9,000円 ●脳検査併用 2万4,000円 ※ さくら総合病院で脳検査併用を希望される方は自己負担が1万9,000円となります。 ※ 小牧市民病院を希望される方は、自己負担額が2,000円上乗せされます。 ※ 自己負担額は、年齢・所得に関係なく一律です。受診時に医療機関でお支払いください。	
追加検診	次ページの申込書にご記入のうえ、戸籍保険課窓口へお持ちいただくか、申込書を封筒に入れて郵送してください。はがきによる申し込みも可能です。(はがきの記載方法は次ページをご覧ください。) 申込書は1人につき1枚ご記入ください。2名申込みされる場合は申込書をコピーしてください。申込書は戸籍保険課の窓口でも用意しています。	
	子宮頸がん、乳がん(マンモグラフィ・超音波)の検診も併せて申込みできます。 ※ 医療機関や項目によって、人間ドックと同日に実施できない場合があります。また、費用にも違いがありますので、追加検診を希望される方は事前に戸籍保険課へお問い合わせください。 ※ 上記以外の追加検診を希望される場合は直接、医療機関へお問い合わせください。 ※ さくら総合病院は、乳がん検診のみとなります。	
	※ 当選者の変更、当選後の病院の変更および人間ドックのみから、脳検査併用への変更はできません。 ※ 検査日は町で決定し、後日連絡します。 ※ 再検査の費用は自己負担になります。 ※ 検査結果は、国民健康保険および後期高齢者医療制度に加入されている方の健康づくり事業・特定健診等事業の資料として利用いたします。あらかじめご了承ください。	

はがきの記載例

- ① 加入保険（国民健康保険または後期高齢者医療制度）
- ② 保険証記号番号または被保険者番号
- ③ 世帯主氏名
- ④ 電話番号
- ⑤ 住所
- ⑥ 受診希望者氏名（ふりがな）
- ⑦ 生年月日
- ⑧ 性別
- ⑨ 希望受診機関（下記から選択してください）
総合犬山中央病院／さくら総合病院／江南厚生病院
小牧市民病院／伊藤整形・内科あいち腰痛オペクリニック
- ⑩ 希望検査種別
人間ドックのみ・脳検査併用のいずれかを選択してください。
- ⑪ 追加検診
乳がん（マンモグラフィー・超音波のどちらかを選択）・子宮頸がん
希望する検査をご記入ください。
- ⑫ 過去に胃のバリウム検査を受けたことがありますか。
（ある・ない）
- ⑬ バリウム検査でアレルギー症状が出たことがありますか。
（ある・ない）

記載もれのないよう
お願いします

① 国保または後期
② ○○○○○○○○
③ 大口太郎
④ ○○-△△△△
⑤ 480-01××
大口町○△丁目○○番地
⑥ 大口花子（おおぐちはなこ）
⑦ 昭和×年×月×日
⑧ 女
⑨ 希望受診機関
⑩ ◇◇◇◇◇
⑪ ○○○○
⑫ バリウム検査 ある
⑬ アレルギー症状 ない



申込みおよび問合せ先
〒480-0144 大口町下小口七丁目 155 番地
戸籍保険課 ☎ 95-1116

きりとり線

平成31年度 国民健康保険および後期高齢者医療制度 人間ドック等申込書

① 加入保険	② 記号番号または被保険者番号	③ 世帯主氏名	④ 電話番号
国保・後期高齢者医療			
⑤ 住所	〒 ー 大口町		
⑥ 受診希望者氏名（ふりがな）	⑦ 生年月日	⑧ 性別	
()	大正 昭和 年 月 日 平成	男・女	
⑨ 希望受診医療機関	総合犬山中央病院 / さくら総合病院 / 江南厚生病院 / 小牧市民病院 伊藤整形・内科あいち腰痛オペクリニック		
⑩ 希望検査種別	人間ドックのみ・脳検査併用		
⑪ 追加検診	乳がん（マンモグラフィー・超音波 ※どちらかを選択）・子宮頸がん		
⑫ 過去に胃のバリウム検査を受けたことがありますか	ある・ない		
⑬ 胃のバリウム検査でアレルギー症状が出たことがありますか	ある・ない		

※①・⑧・⑨・⑩・⑪・⑫・⑬は○で囲んでください。お申込みは、ひとり一枚でお願いします。

※⑪小牧市民病院の乳がん検診はマンモグラフィー・超音波の両方の検査となります。