様式第１号（第６条関係）　　【国保用】

令和8年度　国民健康保険人間ドック・脳ドック受診券交付申請書

能美市人間ドック・脳ドック費用助成事業の目的は、生活習慣病を早期に発見するとともに、内科疾患の重症化や合併症を予防し、健康を長く維持するために実施するものです。治療中の方は、主治医とご相談の上でお申し込みください。

---

① 定期的に通院している方 ⇨ □あり / □なし → 下記にお答えください

※病気によっては、症状の悪化を招くおそれのある検査があります。
　適切な検査項目の選択のためにお伺いするものです。
※お薬を飲んでいなくても健診等で指摘されたことがある方や、食事・運動療法のみ行っている方も☑をつけてください。

□糖尿病 → 治療中の人は、血管ドックではなく、糖尿病かけはしチェック（能美市医師会糖尿病合併症検査・食事指導・療養指導）の利用をお勧めします。
自己負担額について市の助成制度があります。

□高血圧　□脂質異常症　□心臓の病気　□腎臓の病気
□その他（　　）
□がん（部位　　）→ 受診について、主治医とご相談ください。

□脳の病気（　　）
□脳の手術　無・有（　　）
□脳神経外科の定期通院　無・有 → 脳ドックではなく医療保険での検査をお勧めします。
脳の検査受診については主治医とご相談ください。

② 今年度すでに、市および職場の特定健診・フレッシュ健診を受診 ⇨ □あり / □なし → 血管ドック対象外

③ 今年度すでに、市および職場のがん健診（胃・肺・大腸・前立腺）を受診 ⇨ □あり / □なし → がんドック対象外

※表面を確認してから、記入してください。

（申請日）　　年　　月　　日

能美市長　　あて

私は、能美市国民健康保険人間ドック・脳ドック費用助成事業実施要綱第６条に基づき、下記の受診券の交付を申請いたします。

<table>
<tr><td rowspan="8">希望のコース
（〇で囲む）</td><td rowspan="2">血管ドック
（該当箇所に〇）</td><td></td><td></td><td>糖負荷試験あり（節目年齢：30･35･40･45･50･55･60･65･70歳）</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>糖負荷試験なし</td></tr>
<tr><td rowspan="2">がんドック</td><td>（肺CT）</td><td></td><td>Ｓ２７．４．１～Ｓ５２．３．３１生</td></tr>
<tr><td>（肺XP）</td><td></td><td>Ｓ２７．４．１～Ｓ６２．３．３１生</td></tr>
<tr><td rowspan="5">脳ドック
（該当箇所に〇）</td><td rowspan="5"></td><td></td><td>Ｓ５１．４．１～Ｓ５２．３．３１生</td></tr>
<tr><td></td><td>Ｓ４６．４．１～Ｓ４７．３．３１生</td></tr>
<tr><td></td><td>Ｓ４１．４．１～Ｓ４２．３．３１生</td></tr>
<tr><td></td><td>Ｓ３６．４．１～Ｓ３７．３．３１生</td></tr>
<tr><td></td><td>Ｓ３１．４．１～Ｓ３２．３．３１生</td></tr>
<tr><td colspan="5">〔脳ドックガイドラインより〕
※血縁者に脳卒中になられた方がいる方、高血圧、喫煙者、肥満がある該当年齢の方は脳ドックを受けるようにしてください。</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="4">申請者</td><td>住　所</td><td>〒
能美市</td><td>電話番号</td><td></td></tr>
<tr><td>ふりがな
氏　名</td><td></td><td>生年月日</td><td>年　　月　　日
（　　歳）年度末の年齢</td></tr>
<tr><td>前回の受診</td><td colspan="3">年　　月　　（　　ドックコース）</td></tr>
<tr><td>希望病院
（〇で囲む）</td><td colspan="3">・能美市立病院　　・寺井病院　　・芳珠記念病院</td></tr>
</table>

・この申請の審査の際、市長が私の市税等の納付状況を閲覧することについて、同意します。
・検査結果について医療機関から市へ提供し必要に応じて保健指導等に活用することに同意します。

年　　月　　日　　署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＊　次の欄は、記入しないでください。

<table>
<tr><td>受付番号</td><td></td><td>受付者</td><td></td></tr>
<tr><td>受診の適否</td><td colspan="3">受診を　適当　・　不適　と認める。
［不適の理由］未完納（ 納付済 ・ 未 ）　・ 年齢対象外　・ 助成有　・ 受診有</td></tr>
<tr><td>受診券交付日</td><td>年　　月　　日</td><td>交付番号</td><td></td></tr>
</table>