

令和8年度

関川村国民健康保険・後期高齢者医療保険人間ドック申込書

関川村長様

次のとおり関川村国民健康保険・後期高齢者医療保険人間ドックを受けたいので申し込みます。

なお、保健指導・特定健康診査等のため、関川村及び各保険者へ人間ドック受診結果を提供することに同意します。

結果については私の今後の保健指導及び健康相談を実施するとき並びに特定の個人が識別されないことがない方法で統計・調査研究を実施する場合に限り使用することを同意します。

| |
|-------|
| 世帯主氏名 |
| |
| 住所 |
| 関川村大字 |

| | | | | | |
|-------|----------------|--|----------------|----------------|------------------|
| ① | 加入保険種類 | ※どちらかを ○で囲んでください | 国保・後期 | 被保険者番号 | |
| | フリガナ | | | 性別 | 男・女 |
| | 氏名 | | | 電話番号 | - - |
| | 生年月日 | | 年 月 日 (歳) | | |
| | 助成条件確認 | <input type="checkbox"/> 裏面記載の助成条件を全て満たしています。(確認の上、□にチェック(✓)を記入してください) | | | |
| | 健診機関 (裏面参照) | ※1~7の番号を記入 | ※下越総合開発センターのみ | 胃部検査 (裏面参照) | ※どちらかを○で囲んでください。 |
| 受診希望月 | 令和 年 月 | | (受診期限 令和9年1月末) | | |

| | | | | | |
|-------|----------------|--|----------------|----------------|------------------|
| ② | 加入保険種類 | ※どちらかを ○で囲んでください | 国保・後期 | 被保険者番号 | |
| | フリガナ | | | 性別 | 男・女 |
| | 氏名 | | | 電話番号 | - - |
| | 生年月日 | | 年 月 日 (歳) | | |
| | 助成条件確認 | <input type="checkbox"/> 裏面記載の助成条件を全て満たしています。(確認の上、□にチェック(✓)を記入してください) | | | |
| | 健診機関 (裏面参照) | ※1~7の番号を記入 | ※下越総合開発センターのみ | 胃部検査 (裏面参照) | ※どちらかを○で囲んでください。 |
| 受診希望月 | 令和 年 月 | | (受診期限 令和9年1月末) | | |

| | | | | | |
|-------|----------------|--|----------------|----------------|------------------|
| ③ | 加入保険種類 | ※どちらかを ○で囲んでください | 国保・後期 | 被保険者番号 | |
| | フリガナ | | | 性別 | 男・女 |
| | 氏名 | | | 電話番号 | - - |
| | 生年月日 | | 年 月 日 (歳) | | |
| | 助成条件確認 | <input type="checkbox"/> 裏面記載の助成条件を全て満たしています。(確認の上、□にチェック(✓)を記入してください) | | | |
| | 健診機関 (裏面参照) | ※1~7の番号を記入 | ※下越総合開発センターのみ | 胃部検査 (裏面参照) | ※どちらかを○で囲んでください。 |
| 受診希望月 | 令和 年 月 | | (受診期限 令和9年1月末) | | |

| | | | | | |
|-------|----------------|--|----------------|----------------|------------------|
| ④ | 加入保険種類 | ※どちらかを ○で囲んでください | 国保・後期 | 被保険者番号 | |
| | フリガナ | | | 性別 | 男・女 |
| | 氏名 | | | 電話番号 | - - |
| | 生年月日 | | 年 月 日 (歳) | | |
| | 助成条件確認 | <input type="checkbox"/> 裏面記載の助成条件を全て満たしています。(確認の上、□にチェック(✓)を記入してください) | | | |
| | 健診機関 (裏面参照) | ※1~7の番号を記入 | ※下越総合開発センターのみ | 胃部検査 (裏面参照) | ※どちらかを○で囲んでください。 |
| 受診希望月 | 令和 年 月 | | (受診期限 令和9年1月末) | | |

■ 申し込みから受診までの流れ

- ① 関川村国民健康保険・後期高齢者医療保険人間ドック申込書に必要事項を記入のうえ村へ提出してください。
- ② とりまとめた申込書の内容を村から健診機関に連絡します。
- ③ 健診機関から受診者に対して『受診についてのお知らせ』が届きます。
(受診日を変更したい場合は、健診機関に直接お問い合わせください。)
- ④ 被保険者証またはマイナ保険証と受診費用（実負担額）を持参して人間ドックを受診してください。

■ 助成額 10,000 円

※人間ドック健診費用 - 助成額 = 実負担額（受診された方が受診機関に支払う額）

■ 助成条件

村から助成が受けられる方は、次の条件を全て満たす方です。

国民健康保険に加入の方

- 令和 8 年 4 月 1 日以前から継続して国保に加入の方（年度途中で国保や社保に切り替わった方は対象外）
- 人間ドック受診日に国保に加入している 35 歳以上 75 歳未満の方
- 世帯の国保加入者全員が住民税を申告している方（申告不要な方は、申告しているとみなします。）
- 国保税の滞納のない世帯の方
- 村の特定健診（集団・施設）を受けない方

後期高齢者医療保険に加入の方

- 人間ドック受診日に新潟県後期高齢者医療保険の被保険者の方
- 後期高齢者医療保険料に滞納のない方
- 村の特定健診（集団・施設）を受けない方

■ 健診機関

※この番号を表面「健診機関」欄にご記入ください。

| 健診を希望する医療機関 | | 胃部検査 | 健診料 (税込) | 助成額 | 実負担 (税込) |
|-------------|---|-----------|-------------|----------|-------------|
| 1 | 県立坂町病院 村上市・電話 0254-62-3111 ※ドック申込書を村へ提出し、受診予約は ご自身で行ってください。 | 胃カメラ | 44,000 円 | 10,000 円 | 34,000 円 |
| 2 | 厚生連村上総合病院 村上市・電話 0254-53-2141 | 胃カメラ・バリウム | 39,600 円 | 10,000 円 | 29,600 円 |
| 3 | 下越総合健康開発センター 新発田市・電話 0254-23-8370 | 一日 バリウム | 39,600 円 | 10,000 円 | 29,600 円 |
| | | 半日 バリウム | 35,200 円 | 10,000 円 | 25,200 円 |
| 4 | 新潟県けんこう財団 新潟市・電話 025-245-1177 ※胃カメラ選択の場合追加料金 5,500 円 | 胃カメラ・バリウム | 39,600 円 | 10,000 円 | 29,600 円 |
| 5 | 新潟県健康管理協会 新潟市・電話 025-283-3939 ※胃カメラ選択の場合追加料金 5,500 円 | 胃カメラ・バリウム | 39,600 円 | 10,000 円 | 29,600 円 |
| 6 | 新潟県労働衛生医学協会 新潟市・電話 025-370-1960 ※胃カメラ選択の場合追加料金 7,150 円 | 胃カメラ・バリウム | 41,800 円 | 10,000 円 | 31,800 円 |
| 7 | みどり病院 新潟市・電話 025-244-0080 | 胃カメラ・バリウム | 40,700 円 | 10,000 円 | 30,700 円 |

※健診料・健診内容等は、予定の内容のため今後変更となる可能性があります。

問い合わせ 健康福祉課 福祉保険班 ☎ 0254-64-1472