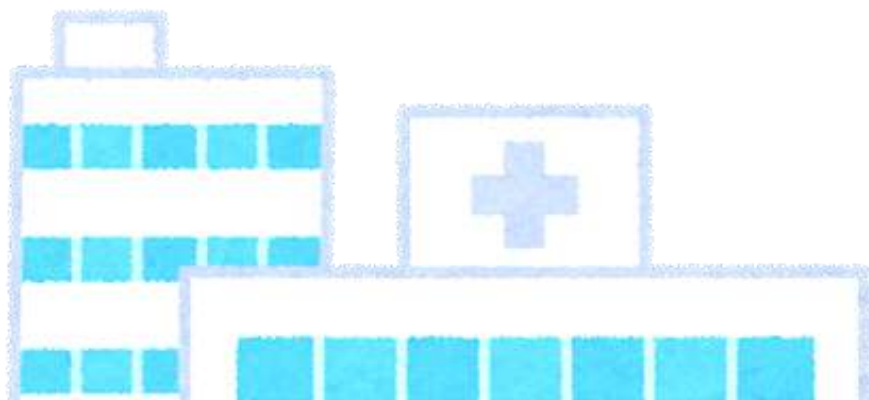




2026 年度

人間ドック受診費用助成のご案内(募集要項)

「みなさん、健康のこと、気になっていませんか？」
一見元気でも、実は見えない病気が隠れていることがあります。
生活習慣病の多くは、自覚症状が出るまでに時間がかかります。
市では、医療機関での人間ドック受診費用の一部を助成しています！
疾病の予防や早期発見のために、人間ドックを受けてみませんか？



豊岡市マスコット 玄さん

※本事業は、2026 年度当初予算の成立を前提としています。
※感染症の流行状況等により受診日に変更または中止となる場合があります。あらかじめご了承ください。

助成対象：基本料金の一部



豊 岡 市

人間ドック基本料金の一部を助成します

◇ 助成対象

次のすべての条件を満たす豊岡市民の方が対象です。

- ① 2027年3月31日現在で40歳以上（1987年4月1日以前生まれ）であること
- ② 市の指定する医療機関、日程で受診できること
- ③ 勤務先等に人間ドック受診費用の助成制度がないこと
- ④ 同年度中に市が実施する「すこやか市民健診（基本健診）」・「個別健診（特定健診）」を受診しないこと（重複受診はできません。）

◇ 指定医療機関

医療機関名	所在地	電話番号
公立豊岡病院	豊岡市戸牧 1094	0796-22-6111
日高クリニック	豊岡市日高町岩中 81	0796-42-1611
出石医療センター	豊岡市出石町福住 1300	0796-52-2555

※ 医療機関により検査項目等が異なります。詳細は3ページ以降をご覧ください。

◇ 申込方法（次のいずれか）

1. オンラインでの申込み

パソコンやスマートフォンで、次の申込フォームにアクセスしてください。

【申込フォーム URL】

<https://ttzk.graffer.jp/city-toyooka/smart-apply/apply-procedure-alias/ningendock>

【二次元コード】

▶ 右記の二次元コードからアクセスできます。



2. 申込書（様式第1号）での申込み

申込書は、健康増進課（豊岡市保健センター）、国保・年金課、各振興局市民福祉課で受け取ることができます。必要事項を記入の上、次のいずれかの方法で提出してください。

提出方法	提出先
（ア）窓口へ提出	健康増進課（豊岡市保健センター）／国保・年金課 ／各振興局市民福祉課
（イ）郵送で提出	〒668-0046 豊岡市立野町 12 番 12 号 豊岡市役所健康増進課 宛

※ 窓口では封筒も配布していますが、切手は各自でご負担ください。

※ 「申込書の書き方【記入例】」をご覧ください。

3. 電話での申込み

【健康増進課】 ☎ 0796-24-1127

※ 申込方法は年度により変更となる場合があります。可能な限り、上記1または2での申込みをご利用ください。

申込期間：2026年2月25日（水）～3月13日（金）（必着）

【各医療機関受入可能人数（定員）を超える場合】

➤ 当該医療機関ごとに市が抽選により受診者を決定します。

抽選に当たっては、前年度に抽選漏れとなった方を優先し、残りの枠を無作為に抽選します（現状、公立豊岡病院への申込みで適用しています）。

【市の助成枠（予算の範囲）を超える場合】

➤ 抽選により助成対象者を決定します。

◇ 受診料金

1. 受診日当日に各医療機関の窓口で、「基本料金」から「市助成額」を差し引いた金額をお支払いください。
2. 基本料金や市助成額の詳細は、3～5ページの「★基本料金」欄をご覧ください。
3. オプション検査を追加される場合は、別途料金(追加分は自己負担)がかかります。3～5ページの「★オプション」欄の金額や内容は変更となる場合がありますので、最新情報は、各医療機関から届く案内でご確認ください。
4. 市助成額は、受診日当日に加入している医療保険の区分によって決まります。

◆注意事項◆ 同年度中に市が実施する「すこやか市民健診（基本健診）」・「個別健診（特定健診）」との重複受診はできません。重複して受診された場合は、人間ドック受診料金を全額自己負担いただくことがあります。

◇ その他

1. 本事業は 2026 年度当初予算の成立を前提としたものです。また、今後内容等を変更することがあります。あらかじめご了承ください。
2. 申込書に記載のオプション検査は、日程調整のため事前申込みが必要です。その他のオプションについては、次のとおり受診される医療機関に直接申し込んでください。
 - (ア) 公立豊岡病院
受診の 1 カ月前に病院から案内が届きますので、内容をご確認の上、申し込んでください。
 - (イ) 日高クリニック
受診の 1 カ月前にクリニックから案内が届きますので、内容をご確認の上、申し込んでください。
 - (ウ) 出石医療センター
受診の 2 週間前に医療センターから案内が届きますので、内容をご確認の上、申し込んでください。
3. 検査内容の詳細は、直接医療機関に問い合わせてください。
4. 抽選結果および受診日程は、**4 月頃**に通知します。
(ご希望の日程に沿えない場合があります。あらかじめご了承ください。)
5. 感染症の流行状況等により、受診日が変更または中止となる場合があります。
6. 受診月の前月までに「人間ドック受診助成券（様式第 2 号）」を送付します。受診当日に必ず医療機関へご持参ください。再発行はできませんのでご注意ください。
7. 成績報告書は、受診後おおむね 1 カ月を目安に、医療機関からご本人宛に郵送されます。
8. 豊岡市国民健康保険被保険者・後期高齢者医療被保険者の方は、結果が保険者にも提供されますので、あらかじめご了承ください。

※ 個人情報とは、豊岡市および豊岡市が指定する者が、保健事業等の目的の範囲内で取得し、利用します。

【お問い合わせ】

〒668-0046 豊岡市立野町12番12号
豊岡市健康福祉部健康増進課（豊岡市保健センター）
電話 0796-24-1127

公立豊岡病院

★ 受入可能人数(年間) 日帰りドック 120人

※申込者数が定員を超える場合は、市が抽選により受診者を決定します。抽選にあたっては、前年度に抽選漏れとなった方を優先し、残りの枠を無作為に抽選します。

★ 受 診 期 間 2026年4月～2027年3月

★ 検 査 項 目

項 目		内 容 (日帰りドック)
身体測定		身長 体重 BMI 腹囲
身体検査		内科診察
検尿		尿糖 蛋白 ウロビリノーゲン 潜血反応 沈渣
検便		潜血反応
血液検査	血液系	白血球数 赤血球数 血色素 ヘマトクリット 血小板数 血液像
	糖尿病	空腹時血糖 HbA1c
	血清反応	CRP RF ASO 肝炎ウイルス検査 (HBs 抗原 HCV) 梅毒反応
	脂質系	総コレステロール HDL コレステロール 中性脂肪 LDL コレステロール
	腎尿路系	尿素窒素 クレアチニン 尿酸 カルシウム 無機リン
	消化器系	総蛋白 アルブミン A/G比 GOT GPT LDH CPK γ -GTP ALP コリンエステラーゼ アミラーゼ 総ビリルビン
	腫瘍マーカー	CEA CA19-9
呼吸器系		胸部 X 線撮影 肺機能
循環器系		血圧測定 心電図 (12 誘導)
腹部超音波		胆嚢 肝臓 腎臓 脾臓 膵臓
消化器		胃カメラまたは胃透視 選択
眼科		視力 眼底
耳鼻科		聴力

※胃カメラ：月・火・木・金曜日、胃透視：月・水曜日

★ 基 本 料 金

(単位：円)

ドックの種類	受診料金 (税込)	加入している医療保険の区分	市助成額
日帰りドック	44,000	豊岡市国民健康保険・後期高齢者医療保険	18,000
		その他保険	10,000

★ オプション

(単位：円)

検査項目		受診料金 (税込)
前立腺検診 (50 歳以上の男性に限ります)	前立腺の触診 超音波検査 腫瘍マーカー (血液検査)	4,840
胸部 CT 撮影	胸部 X 線撮影の代わりに胸部 CT 撮影を行います	7,370
脳ドック	頭部 MRI・MRA 頸動脈エコー	27,170
乳がん検診	マンモグラフィー 超音波検査 (触診なし)	12,100
子宮頸がん検診	内診 子宮頸部細胞診 経膈超音波検査	9,020

※脳ドックオプションは月・火・水・木曜日のみ

※オプション検査は全額自己負担となります。

※検査内容やオプションの詳細等は、医療機関にご確認ください。

日高クリニック

- ★ 受入可能人数(年間) 日帰りドック 350 人
 ★ 受 診 期 間 2026 年 4 月 ～ 2027 年 3 月 〔火・水・木・金曜日〕
 ★ 検 査 項 目

項 目		日帰りドック
問診		ドック問診票
身体測定		身長 体重 BMI 腹囲
身体検査		内科診察
検尿		尿糖 蛋白 ウロビリノーゲン 潜血反応 沈渣 PH
検便		潜血反応（2日法）
血液検査	血液系	白血球数 赤血球数 血色素 ヘマトクリット 血小板数 血液像 MCV MCH MCHC
	糖尿病	空腹時血糖 HbA1c
	血清反応	CRP 肝炎ウイルス検査（HBs 抗原精密 HCV 抗体） 梅毒反応
	脂質系	総コレステロール HDL コレステロール 中性脂肪 LDL コレステロール Non-HDL コレステロール
	腎尿路系	尿素窒素 クレアチニン 尿酸 カリウム ナトリウム クロール カルシウム eGFR
	消化器系	総蛋白 アルブミン GOT GPT LDH γ-GTP 総ビリルビン ALP コリンエステラーゼ
呼吸器系		胸部 X 線撮影 肺機能（肺活量、肺年齢）
循環器系		血圧測定 心電図 心拍数
腹部画像診断		超音波・腹部CT（追加 6,600 円）選択（胆嚢 肝臓 腎臓 脾臓 膵臓 腹部大動脈）
消化器		胃カメラまたは胃透視 選択
眼科		視力 眼底カメラ 眼圧
耳鼻科		聴力

★ 基本料金 (単位：円)

ドックの種類	受診料金（税込）	加入している医療保険の区分	市助成額
日帰りドック	44,000	豊岡市国民健康保険・後期高齢者医療保険	18,000
		その他保険	10,000

★ オプション (単位：円)

検査項目		受 診 料 金（税込）
乳がん検診	問診 視触診 マンモグラフィー	6,160
子宮頸部がん検診	問診 内診 子宮頸部細胞診 経膈エコー	6,050
子宮体がん検診 （70 歳以下に限ります）	子宮内膜細胞診 経膈エコー	7,920
腹部 CT （エコー検査からの変更）	腹部 CT	6,600
上・下肢血圧脈波検査		1,100
頸動脈エコー	頸動脈エコー	4,950

※オプション検査は全額自己負担となります。

※検査内容やオプションの詳細等は、医療機関にご確認ください。

出石医療センター

- ★ 受入可能人数（年間） 日帰りドック 45 人
- ★ 受 診 期 間 2026 年 4 月 15 日 ～ 2027 年 3 月 〔原則毎週 水曜日 1～2 名程度〕
※予約状況により月曜日となる場合があります。

★ 検 査 項 目

項 目		日帰りドック
身体測定		身長 体重 BMI 腹囲
身体検査		内科診察
尿検査		尿糖 蛋白 ウロビリノーゲン 亜硝酸塩 潜血反応 沈渣 1 日塩分量換算値
便潜血検査		潜血反応
血液検査	血液系	白血球数 赤血球数 血色素 ヘマトクリット 血小板数
	糖尿病	空腹時血糖 Hb-A1c
	血清反応	肝炎ウイルス検査（HBs 抗原 HCV 抗体） 梅毒反応
	脂質系	総コレステロール HDL コレステロール 中性脂肪 LDL コレステロール
	腎尿路系	尿素窒素 クレアチニン 尿酸 カルシウム
	消化器系	総蛋白 アルブミン A/G 比 GOT GPT LDH CPK γ -GTP ALP コリンエステラーゼ アミラーゼ 総ビリルビン
呼吸器系		胸部 X 線撮影（2 方向） 肺機能（肺活量）
循環器系		血圧測定 心電図（12 誘導）
腹部超音波		胆嚢 肝臓 腎臓 膵臓 脾臓
消化器		胃カメラ
眼科		視力 眼底
耳鼻科		聴力

★ 基 本 料 金

（単位：円）

ドックの種類	受診料金（税込）	加入している医療保険の区分	市助成額
日帰りドック	44,000	豊岡市国民健康保険・後期高齢者医療保険	18,000
		その他保険	10,000

★ オプション

（単位：円）

検査項目		受診料金（税込）
がん検査	肝臓、胃、大腸、肺、膵臓がん／腫瘍マーカー	5,000
前立腺がん検査（男性のみ）	前立腺がん／腫瘍マーカー	3,000
女性がん検査	卵巣がん、子宮体がん、乳がん／腫瘍マーカー	3,000
骨塩定量検査	骨粗鬆症、腰椎圧迫骨折／X 線撮影	6,000
血管伸展性検査	動脈硬化／血圧脈波測定（血管年齢診断）	1,500
胸部 CT	胸部 X 線撮影の代わりに胸部 CT 撮影を行います	8,000
腹部 CT（内臓脂肪測定を含む）	腹部 CT 撮影を行います	8,000

※オプション検査は全額自己負担です。

※検査内容やオプションの詳細等は、医療機関にご確認ください。

2026年度人間ドック受診助成申込書

3月13日（金）必着

【基本情報】										【受付印欄】	
氏 名		フリガナ									
住 所		〒 ー									
		豊岡市									
生年月日		☐ 大	☐ 昭	☐ 平	年	月	日	性別	☐ 男	☐ 女	
日中連絡先		☎ ー ー				その他連絡先		☎ ー ー			
【医療保険の区分と確認事項】（4月までに医療保険の区分に変更がある場合は、変更後の区分に☑を入れてください。）											
医療保険の区分（いずれか一つに☑）						確認事項（対応する項目に☑）					
☐ 豊岡市国民健康保険						☐ 同年度中に、市の「すこやか市民健診（基本健診）」「個別健診（特定健診）」を受診した場合、人間ドックの助成対象外となることを確認した					
☐ 後期高齢者医療保険											
☐ その他保険（建設国保等含む）						☐ 勤務先等に、人間ドック受診費用の助成制度がないことを確認した					
【受診希望内容】（受診を希望する医療機関いずれかの列のみにご記入ください。）											
受診先		【公立豊岡病院】				【日高クリニック】				【出石医療センター】	
受診期間		2026年4月～2027年3月				2026年4月～2027年3月				2026年4月15日～2027年3月	
希望時期	第1	年 月				年 月				年 月 日（水）	
	第2	年 月				年 月				年 月 日（水）	
同日受診希望者氏名											
胃部検査		☐ 胃カメラ				☐ 胃カメラ					
		☐ 胃透視				☐ 胃透視					
		☐ 希望しない				☐ 希望しない					
オプション（日程調整の参考として）		☐ 前立腺検診（50歳以上の男性に限る）				☐ 乳がん検診				☐ がん検査（肝臓、胃、大腸、肺、膵臓がん）	
		☐ 胸部CT撮影（胸部X線撮影の代わりに実施）				☐ 子宮頸部がん検診				☐ 前立腺がん検査（男性のみ）	
		☐ 脳ドック（月・火・水・木曜日）				☐ 子宮体がん検診（70歳以下に限る）				☐ 女性がん検査（卵巣、子宮体、乳がん）	
		☐ 乳がん検診				☐ 腹部CT（エコー検査からの変更）				☐ 骨塩定量検査（骨粗鬆症、腰椎圧迫骨折）	
		☐ 子宮頸がん検診				☐ 上・下肢血圧脈波検査				☐ 血管伸展性検査（動脈硬化）	
						☐ 頸動脈エコー				☐ 胸部CT（胸部X線撮影の代わりに実施）	
										☐ 腹部CT	
【同意欄】											
☐ 感染症の流行状況等により、受診日が変更または中止となる場合があることに同意する											

◆注意事項

▶ 個人情報、豊岡市および豊岡市が指定する者が、保健事業等の目的の範囲内で取得し、利用します。

▶ 市の「すこやか市民健診（基本健診）」・「個別健診（特定健診）」との重複受診はできません。重複受診された場合は、人間ドック受診料金を全額自己負担いただくことがあります。

▶ 「希望時期」は、日程調整の参考としてお伺いするものであり、ご希望に沿えない場合があります。

▶ この申込書に記載しているオプション検査については、日程調整のため事前に希望をお伺いするものです。ご希望の検査項目をチェックしてください。

その他のオプションについては、受診される医療機関に直接お申込みください。

▶ オプション検査はすべて自己負担となります（市の助成はありません）。

申込書の書き方【記入例】

2026年度人間ドック受診助成申込書

3月13日（金）必着

【基本情報】		【受付印欄】	
氏名	フリガナ ケシコウ ハナコ 健康 ハナ子		
住所	〒 668 - 0046 豊岡市 立野町12番12号 アパート立野111号室		
生年月日	☐ 大 ☒ 昭 ☐ 平 42 年 1 月 1 日 性別 ☐ 男 ☒ 女		
日中連絡先	☎ 0796 - 24 - 1127	その他連絡先	☎ 090 - 9999 - 9999
【医療保険の区分と確認事項】 （4月までに医療保険の区分に変更がある場合は、変更後の区分に☑を入れてください。）			
医療保険の区分（いずれか一つに☑）		確認事項（対応する項目に☑）	
☐ 豊岡市国民健康保険		☐ 同年度中に、市の「すこやか市民健診（基本健診）」「個別健診（特定健診）」を受診した場合、人間ドックの助成対象外となることを確認した	
☐ 後期高齢者医療保険			
☒ その他保険（建設国保等含む）		☒ 勤務先等に、人間ドック受診費用の助成制度がないことを確認した	
【受診希望内容】 （受診を希望する医療機関いずれかの列のみにご記入ください。）			
受診先	【豊岡病院】	【日高クリニック】	【出石医療センター】
受診期間	2026年4月～2027年3月	2026年4月～2027年3月	2026年4月15日～2027年3月
希望時期	第1 2026年4月 第2 2026年5月	年 月 日（水） 年 月 日（水）	年 月 日（水） 年 月 日（水）
同日受診希望者氏名	健康 タロウ		
胃部検査	☒ 胃カメラ ☐ 胃透視 ☐ 希望しない	☐ 胃カメラ ☐ 胃透視 ☐ 希望しない	
オプション（日程調整の参考として）	☐ 前立腺検診（50歳以上の男性に限る） ☐ 胸部CT撮影（胸部X線撮影の代わりに実施） ☒ 脳ドック（月・火・水・木曜日） ☒ 乳がん検診 ☐ 子宮頸がん検診	☐ 乳がん検診 ☐ 子宮頸部がん検診 ☐ 子宮体がん検診（70歳以下に限る） ☐ 腹部CT（エコー検査からの変更） ☐ 上・下肢血圧脈波検査 ☐ 頸動脈エコー	☐ がん検査（肝臓、胃、大腸、肺、膵臓がん） ☐ 前立腺がん検査 ☐ 女性がん検査（卵巣、子宮体、乳がん） ☐ 骨塩定量検査（骨粗鬆症） ☐ 血管伸展性検査（動脈硬化） ☐ 胸部CT（胸部X線撮影の代わりに実施） ☐ 腹部CT
【同意欄】			
☒ 感染症の流行状況等により、受診日の変更または中止となる場合があることに同意する			

現在お持ちの保険証の区分にチェックをつけてください。
ただし、4月までに保険の区分が変わる場合は、変更後の区分に☑をつけて下さい。
※建設国保等は、「その他保険」の扱いになります。

同日受診を希望される方がいる場合は、その方の氏名を記入してください。
※一緒に申込書を提出してください。

この申込書に記載しているオプション検査については、日程調整のため事前に希望をお伺いするものです。ご希望の検査項目をチェックしてください。
その他のオプションについては、受診される医療機関に直接お申込みください。

※オプション検査の費用は、市の助成対象外となり、全額自己負担です。

勤務先等に人間ドックの助成制度がある場合は、市からの助成を受けることはできません。

希望時期がある方は記入してください。
※ご希望に沿えない場合があります。あらかじめご了承ください。

- ◆注意事項
- ・個人情報、は、豊岡市および豊岡市が指定する者が、保健事業等の目的の範囲内で取得し、利用します。
 - ・市の「すこやか市民健診（基本健診）」・「個別健診（特定健診）」との重複受診はできません。重複受診された場合は、人間ドック受診料金を全額自己負担いただくことがあります。
 - ・「希望時期」は、日程調整の参考としてお伺いするものであり、ご希望に沿えない場合があります。
 - ・この申込書に記載しているオプション検査については、日程調整のため事前に希望をお伺いするものです。ご希望の検査項目をチェックしてください。
その他のオプションについては、受診される医療機関に直接お申込みください。
 - ・オプション検査はすべて自己負担となります（市の助成はありません）。

お申し込み期限は、
3月13日（金）必着です。



様

豊岡市健康福祉部健康増進課
(豊岡市保健センター)

豊岡市長 印

年度 人間ドック受診助成券

本券は、豊岡市人間ドック受診助成事業に係る受診助成券です。
受診当日は、本券と健康保険証を医療機関へご提出ください。
日程変更・キャンセルは、下記受診医療機関へご連絡ください。
※本券は再発行できません。

◆受診日時

◆受診区分

◆加入保険区分

◆基本料金 自己負担額は、基本料金(税込)から市助成額を差し引いた額です。

(単位：円)

	保険区分	基本料金(税込)	市助成額
	豊岡市国民健康保険		
	後期高齢者医療保険		
	その他保険(社会保険等)		

※ 本表の金額は基本料金です。オプション検査は含みません(追加分は自己負担)。
内容・料金は受診先にご確認ください。

連絡先： _____

【本人同意・署名欄】

私は、同一年度に「すこやか市民健診(基本健診)」または「個別健診(特定健診)」を受診しないことを申し出ます。

重複受診が確認され、豊岡市から市助成相当額の返還を求められた場合は、すみやかに返還します。

また、豊岡市および豊岡市が指定する者が、保健事業等の目的の範囲内で必要な個人情報取得し、利用することに同意します。

署名(本人自署)： _____