様式第１号

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	〒　　－ 豊岡市							
生年月日	□ 大　□ 昭　□ 平　　年　　月　　日				性別	□ 男	□ 女	
日中連絡先	☎　　－　　－				その他連絡先	☎　　－　　－		

【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 □ 後期高齢者医療保険 →	□ 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
□ 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）。