

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	<input type="checkbox"/> 大 <input checked="" type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 42 年 1 月 1 日 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 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☑）	
<input type="checkbox"/> 豊岡市国民健康保険		<input type="checkbox"/> 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	
<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険			
<input checked="" type="checkbox"/> その他保険（建設国保等含む）		<input checked="" type="checkbox"/> 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	年 月	年 月 日（水）
	第2 2026年5月	年 月	年 月 日（水）
同日受診希望者氏名	健康 タロウ		
胃部検査	<input checked="" type="checkbox"/> 胃カメラ <input type="checkbox"/> 胃透視 <input type="checkbox"/> 希望しない	<input type="checkbox"/> 胃カメラ <input type="checkbox"/> 胃透視 <input type="checkbox"/> 希望しない	
オプション検査（日程調整の参考として）	<input type="checkbox"/> 前立腺検診（50歳以上の男性に限る）	<input type="checkbox"/> 乳がん検診	<input type="checkbox"/> がん検査（肝臓、胃、大腸、肺、膵臓がん）
	<input type="checkbox"/> 胸部CT撮影（胸部X線撮影の代わりに実施）	<input type="checkbox"/> 子宮頸部がん検診	<input type="checkbox"/> 前立腺がん検査
	<input type="checkbox"/> 脳ドック（月・火・水・木曜日）	<input type="checkbox"/> 子宮体がん検診（70歳以下に限る）	<input type="checkbox"/> 女性がん検査（卵巣、子宮体、乳がん）
	<input checked="" type="checkbox"/> 乳がん検診	<input type="checkbox"/> 腹部CT（エコー検査からの変更）	<input type="checkbox"/> 骨塩定量検査（骨粗鬆症）
	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診	<input type="checkbox"/> 上・下肢血圧脈波検査	<input type="checkbox"/> 血管伸展性検査（動脈硬化）
	<input type="checkbox"/> 頸動脈エコー	<input type="checkbox"/> 胸部CT（胸部X線撮影の代わりに実施）	<input type="checkbox"/> 腹部CT
【同意欄】			
<input checked="" type="checkbox"/> 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			

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、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。

