

令和8年度滝沢市人間ドック事業申込書

令和 年 月 日

滝沢市長 様

申込者記入	(ふりがな)	
	氏名	
	生年月日	大正・昭和 年 月 日生 (歳)
	住所	滝沢市
	電話番号	
	受診希望の医療機関名	() ・ 未定
	受診内容	<p>※女性のみ記入してください。</p> <p>人間ドックに下記の内容を含めて受診しますか。</p> <p>【子宮頸がん検診】 受ける ・ 受けない</p> <p>【乳がん検診】 受ける ・ 受けない</p>
	加入保険	<p>・ 現在加入している健康保険はどれにあてはまりますか？</p> <p>① 国保 ② 後期高齢 ③ 国保・後期高齢以外 ()</p>
その他の補助の有無	<p>・ 職場や組合等から人間ドック受診に対して補助はありますか？</p> <p>① ある ② ない</p>	

【注意】

- ・ 検査結果は、実施医療機関から受診者及び滝沢市に報告されます。
- ・ 同一年度内において、人間ドックの費用助成と市が実施した健康診査及び胃がん、大腸がん、肺がん検診を重複して受診した場合は人間ドックの公費負担額を返納していただきます。

※担当課記入欄

受診券発行日	発行者名
市負担額	12,000円 ・ 15,400円（子・乳） ・ 19,000円
健診受診状況確認	<p>【未受診✓】</p> <p><input type="checkbox"/> 特定・長寿・基本 <input type="checkbox"/> 胃 <input type="checkbox"/> 大腸 <input type="checkbox"/> 肺 <input type="checkbox"/> 子宮 <input type="checkbox"/> 乳房</p>