

国民健康保険被保険者・後期高齢者医療被保険者の方へ

人間ドックのお知らせ

	国民健康保険加入者	後期高齢者医療加入者
対象者	昭和62年4月1日以前に生まれた方で、次の要件に当てはまる方 ・ 申込時に国民健康保険の被保険者で、受診日まで引き続き国民健康保険に加入している方 ・ 国民健康保険税を完納している方	・ 受診日に愛知県後期高齢者医療に加入している方 ・ 後期高齢者医療保険料を完納している方
定員※1	・ 人間ドック 1,000人 ・ 脳検査 400人 ・ 肺がん検査 350人	・ 人間ドック 250人
受診料※2	・ 人間ドック 11,000円 ・ 脳検査 17,300円 ・ 肺がん検査 7,700円 (かくだん (喀痰細胞診検査を行わない場合は 7,100円)	・ 人間ドック 11,000円

※1…申し込み多数の場合は抽選の上決定し、6月下旬に全員にお知らせします。

※2…脳検査、肺がん検査は、**国民健康保険の人間ドックを受診する方が対象**です。

受診料は人間ドック受診料にそれぞれ加算されます。

受診料は、受診日当日に病院でお支払いください。

前立腺がん、後期高齢者医療加入者の脳検査・肺がん検査などのオプション検査を希望する方は、直接受診機関に申し込んでください(受診日の3日前まで申し込み可。なお、江南厚生病院については7日前までに申し込みが必要となり、土曜日は受診できません)。なお、オプション検査の費用はすべて自己負担となります。また、市が行うがん検診の対象とはなりませんので注意してください。

実施医療機関	江南厚生病院 健康管理センター (高屋町大松原137番地)	平成クリニック 健診センター (尾崎町上田95番地)	伊藤整形・内科 健診センター (丹羽郡扶桑町大字高雄字郷東41番地)
受診期間	国民健康保険加入者 …7月1日(金)～12月23日(金) 後期高齢者医療加入者※3 …10月14日(金)～ 令和5年2月10日(金)	国民健康保険加入者…7月1日(金)～12月23日(金) 後期高齢者医療加入者…7月1日(金)～令和5年2月10日(金)	
受診日時※4	日曜日、祝休日、第2・第4・第5土曜日、 8月15日(月)を除く 午前8時、9時、10時の3部制で、時間を 指定します。 ※土曜日は脳検査、肺がん検査を受診 できません。	水曜日の午後、土曜日の午後、日曜 日、祝休日、8月15日(月)・16日 (火)を除く 午前8時、午後3時30分で、時間を 指定します。	木曜・日曜日、祝休日、8月12日(金)～ 15日(月)を除く 午前8時30分～10時30分の30分ごと で、時間を指定します。
受診できる健診	・人間ドック ・脳検査(国民健康保険加入者のみ) ・肺がん検査(国民健康保険加入者のみ)	・人間ドック(胃カメラ変更可) ・脳検査(国民健康保険加入者のみ)	・人間ドック(胃カメラ変更可) ・脳検査(国民健康保険加入者のみ) ・肺がん検査(国民健康保険加入者のみ)

※3…後期高齢者医療加入者で、江南厚生病院を希望する方は、ご希望に沿えないことがありますので、第2希望の医療機関をお伺いすることがあります。

※4…受診機関、受診日および受付時間は、調整後に文書にてお知らせします。なお、服薬などの理由で受診時間の希望がある方は申込書の備考欄にその旨を記載してください。

健診種別	人間ドック	脳検査	肺がん検査
健診内容	身体計測 血圧測定 眼底・眼圧検査 聴力検査 尿検査 大腸がん検査 心電図 胃部および胸部X線直接撮影※5 肺機能検査※6 血液検査 腹部超音波検査 聴打診 問診	MRI検査 MRA検査 頸動脈超音波検査 <ご注意> 脳手術を受けた方 やペースメーカーを 使用している方は 受診することができ ません。	喀痰細胞診検査※7 CT検査 <ご注意> 喀痰細胞診検査を行う ことで検査の精度がよ り確保されますが、痰 の採取ができないと思 われる方は申込書の 喀痰細胞診検査欄を 「しない」としてくださ い。

※5…胃部X線検査は、過去にバリウムを飲んでアレルギー症状があった方は検査することができません。また、バリウムを誤嚥する可能性のある方・検査中の自力での立位保持や検査台での体位変換が困難な方は検査を受けていただけない場合がありますが、**受診料は変わりません**。

伊藤整形・内科および平成クリニックでは、胃部 X 線検査(バリウム検査)を胃カメラによる検査へ変更することができます。変更を希望する方は、申込書の胃カメラへの変更希望を「有」としてください(追加費用はありません。胃カメラは口からと鼻から挿入するタイプがあります)。

※6…肺機能検査は、新型コロナウイルス感染症の飛沫感染防止の観点から、実施できない可能性があります。なお、実施できない場合でも**受診料は変わりません**。

※7…肺がん検査については、喀痰細胞診検査欄を「する」と申し込まれますと、喀痰採取ができなくても容器代をいただくこととなります。

ADL(日常生活動作)の低下、誤嚥の可能性のある方は検査を受けていただけない場合もありますが、**受診料は変わりません**。

その他 この人間ドックを受診した方は、国民健康保険加入者向けの特定健康診査の受診および後期高齢者医療加入者向けの健康診査の受診はできません。

申込方法 **5月13日(金)必着**で、この用紙の送付用封筒にて郵送でお申し込みください。

問合せ

- ・国民健康保険加入者…保険年金課国民健康保険グループ(内線 233)
- ・後期高齢者医療加入者…保険年金課高齢者医療グループ(内線 244)

人間ドックの申し込みは原則、郵送での受け付けとなります。
 受診申込書に記入の上、送付用封筒を作りポストに投函してください。

切り取り線

ポスト投函前に確認してください

- 記入日の日付を記入し、現在ご加入の健康保険に○印を付けてありますか。
 - 申込者の住所、氏名、生年月日、電話番号を記入してありますか。
 - 被保険者証記号番号(国保)・被保険者番号(後期)を記入してありますか。
 - 希望する医療機関、受診日に○印を付けてありますか。
 - 脳検査は国保加入者のみです。「する・しない」に○印を付けてありますか。
 - 肺がん検査は国保加入者のみです。
 「する・しない」に○印を付けてありますか。
 また、平成クリニックでは肺がん検査を受診できません。
 肺がん検査を受診を希望する方は、喀痰細胞診検査を「する・しない」に○印を付けてありますか。
 - 家族などと同じ受診日の希望や、服薬などの理由での受診時間の希望がある方は備考欄に記入してありますか。
- ※記入内容の確認をすることがありますので、必ず電話番号を記入してください。
 ※受診申込書は1人1枚記入してください。(裏面に2枚あります。)
 ※送付用封筒のコピーは不可です。

送付用封筒の作り方

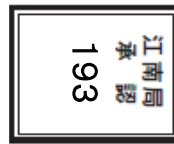
- ①用紙を「切り取り線」に沿って切り取ってください。
- ②「山折り線」に沿って折り曲げて、「のりしろ」にのり付けし、封筒の形にしてください。
- ③切手を貼らずにそのままポストに投函してください。

山折り



〈切手不要〉

差出人有効期間
 令和4年5月
 13日まで



料金受取人払郵便

ここには、のりを付けしないでください

山折り

健康福祉会館 市民センター

江南市役所

江南市赤十字町大塚9

4838790

山折り

ここには、のりを付けしないでください

山折り

ここには、のりを付けしないでください

切り取り線

3人以上の申し込みの場合は、受診申込書の部分のみコピーし

必要事項を記入の上、送付用封筒に入れてご郵送ください。

※送付用封筒のコピーは不可です。

※受診申込書は1人1枚記入してください。

※希望日は第三希望まで記入してください。（希望に添えない場合があります。）

切り取り線

人間ドック受診申込書				令和 4 年 月 日
現在ご加入の健康保険		・国民健康保険		・後期高齢者医療
住所		江南市		
フリガナ 申込者氏名				電話番号
生年月日		大正 昭和 年 月 日		※必ず記入してください (日中、つながりやすい電話番号を記入してください)
被保険者証記号番号(国保)		被保険者番号(後期)		
		(保険証を見て記入してください)		
希望する医療機関	受診日	【国保の方のみ】		備考
○をつけてください ①江南厚生病院 ②平成クリニック 胃カメラへの変更希望(有・無) ③伊藤整形・内科 胃カメラへの変更希望(有・無)	○をつけてください ①いつでもよい ②希望日あり 第一希望() 第二希望() 第三希望()	脳検査 ○をつけてください ①する ②しない	肺がん検査 ○をつけてください ①する 喀痰細胞診検査を する・しない ②しない	同日受診希望者氏名 受診時間の希望 その他
○家族などと同じ受診日を希望する方は、備考欄に記入してください。 ○服薬などの理由で受診時間の希望がある方は備考欄に記入してください。 ※受診機関、受診日および受診時間については、希望に沿えない場合があります。				

切り取り線

切り取り線

谷折り

人間ドック受診申込書				令和 4 年 月 日
現在ご加入の健康保険		・国民健康保険		・後期高齢者医療
住所		江南市		
フリガナ 申込者氏名				電話番号
生年月日		大正 昭和 年 月 日		※必ず記入してください (日中、つながりやすい電話番号を記入してください)
被保険者証記号番号(国保)		被保険者番号(後期)		
		(保険証を見て記入してください)		
希望する医療機関	受診日	【国保の方のみ】		備考
○をつけてください ①江南厚生病院 ②平成クリニック 胃カメラへの変更希望(有・無) ③伊藤整形・内科 胃カメラへの変更希望(有・無)	○をつけてください ①いつでもよい ②希望日あり 第一希望() 第二希望() 第三希望()	脳検査 ○をつけてください ①する ②しない	肺がん検査 ○をつけてください ①する 喀痰細胞診検査を する・しない ②しない	同日受診希望者氏名 受診時間の希望 その他
○家族などと同じ受診日を希望する方は、備考欄に記入してください。 ○服薬などの理由で受診時間の希望がある方は備考欄に記入してください。 ※受診機関、受診日および受診時間については、希望に沿えない場合があります。				

のりしろ
切り取り線
谷折り
のりしろ

のりしろ
切り取り線
谷折り
のりしろ

谷折り

のりしろ

のりしろ

切り取り線