

【申込用紙】

鹿児島県厚生連病院健康管理センターで受診される方

①

保険
国民健康保険・後期高齢者医療 被保険者証記号・番号
氏名
住所
生年月日 昭和・平成 年 月 日
電話番号
交通手段 バス・自家用車

第1希望		
日程	コース	オプション
	一般・女性・大腸・2日	バリウム・胃カメラ
第2希望		
日程	コース	オプション
	一般・女性・大腸・2日	バリウム・胃カメラ
第3希望		
日程	コース	オプション
	一般・女性・大腸・2日	バリウム・胃カメラ
第4希望		
日程	コース	オプション
	一般・女性・大腸・2日	バリウム・胃カメラ
第5希望		
日程	コース	オプション
	一般・女性・大腸・2日	バリウム・胃カメラ

②

保険
国民健康保険・後期高齢者医療 被保険者証記号・番号
氏名
住所
生年月日 昭和・平成 年 月 日
電話番号
交通手段 バス・自家用車

第1希望		
日程	コース	オプション
	一般・女性・大腸・2日	バリウム・胃カメラ
第2希望		
日程	コース	オプション
	一般・女性・大腸・2日	バリウム・胃カメラ
第3希望		
日程	コース	オプション
	一般・女性・大腸・2日	バリウム・胃カメラ
第4希望		
日程	コース	オプション
	一般・女性・大腸・2日	バリウム・胃カメラ
第5希望		
日程	コース	オプション
	一般・女性・大腸・2日	バリウム・胃カメラ

申込受付期間：4月6日（木）～4月20日（木）

〈申込先〉 持参の場合：JA吹上支所 経済店舗

郵送の場合：4月20日必着

〒899-3203 日置市日吉町吉利851番地

さつま日置農業協同組合 生活福祉課 (TEL 099-246-8070)

人間ドックの受診申し込みについて

受診日に 日置市国民健康保険に加入している30歳以上の方
後期高齢者医療保険に加入している方

で令和5年度に特定健康診査を受診されない方

1 鹿児島県厚生連病院健康管理センターで受診される方

特定健診・特定保健指導の実施のために健診結果を厚生連を通じて市へ提供していただきます。

申込方法

申込受付期間：4月6日（木）～4月20日（木）

左ページの申込用紙に第5希望まで記入し提出してください。
(記入例を参考にしてください。)

〈申込先〉 持参の場合：JA吹上支所 経済店舗

郵送の場合：4月20日必着

〒899-3203 日置市日吉町吉利851番地
JAさつま日置 生活福祉課 (TEL 099-246-8070)

令和4年度から
申込先をJAに
変更しました。

厚生連・農協で抽選を行い、日程などを決めさせていただきます。

申し込みいただいた方には、後日、文書にて決定した日程などをお知らせいたします。

切り取り線

コース	基本料金 (税込)	日程
一般コース	45,400円	6/29(木)、7/27(木)、10/21(土)、11/10(金)、1/23(火)
女性コース (+婦人科検診)	52,660円	9/13(水)、10/21(土)、11/10(金)、1/23(火)
大腸コース (一般+大腸検査) 70歳未満の方	65,300円	7/24(月)、9/6(水)、10/18(水)、12/25(月)、2/5(月)
2日コース (①一般②女性+ 大腸検査+脳検査)	一般 89,760円 女性 98,890円	5/30(火)、7/10(月)、10/5(木)、1/25(木)

人間ドック等の
受診費用に対す
る助成金額や、
対象者などの詳
細は、裏面をご
覧ください

〈記入例〉 ※社会保険の方は、対象ではありません。

※日程とコースを
必ず第5希望まで記入してください。

保険
国民健康保険 後期高齢者医療 被保険者証記号・番号
日置 - □□□□□□□□
氏名
日置 市郎
住所
伊集院町〇〇△△番地
生年月日
昭和 平成 〇 年 〇 月 〇 日
電話番号
◇◇◇-☆☆☆☆
交通手段
バス 自家用車

第1希望		
日程	コース	オプション
7月19日	一般・女性・大腸・2日	バリウム・胃カメラ
第2希望		
日程	コース	オプション
5月30日	一般・女性・大腸・2日	バリウム・胃カメラ
第3希望		
日程	コース	オプション
5月30日	一般・女性・大腸・2日	バリウム・胃カメラ
第4希望		
日程	コース	オプション
9月10日	一般・女性・大腸・2日	バリウム・胃カメラ
第5希望		
日程	コース	オプション
2月16日	一般・女性・大腸・2日	バリウム・胃カメラ

2 鹿児島県厚生連病院健康管理センター 以外 での受診を希望される方

(1) 申込期間 4月6日(木)～12月15日(金)

(2) 申込方法 医療機関に予約した後、受診前に申請書を提出してください。

※ドックのコースや費用、実施日などは、医療機関ごとに異なりますので、医療機関へ直接お尋ねください。

(3) 助成金の申請方法

受診費用の全額を当該医療機関にお支払いいただき、後日、領収書と検査結果書を添えて、助成金の請求申請をしていただきます。

※国民健康保険の方は、特定健康診査情報提供票も提出してください。

※検査結果については、情報提供として特定健診の実績に活用し、結果によっては特定保健指導の案内をすることがありますので御了承ください。

(4) 助成金の申込及び申請先

吹上支所 地域振興課 健康保険係

電話 296-2113(直通)

3 人間ドック等助成対象者及び助成金の額

人間ドック等の種類	助成対象者		助成金の額
	国民健康保険 被保険者	後期高齢者医療保険 被保険者	
人間ドック	受診日において 30歳以上の者	全ての被保険者	上限 25,000円 ただし、 受診費(消費税抜き)が25,000円 に満たない場合は、受診費用の額 とする。
脳ドック			
節目ドック (いずれか)	人間ドック	受診日の属する年度において 65歳、70歳の年齢に達する者	上限 35,000円 ただし、 受診費(消費税抜き)が35,000円 に満たない場合は、受診費用の額 とする。
	脳ドック		
	がんドック		

令和5年度 節目ドック対象者	
30歳	平成5年4月1日～平成6年3月31日 生まれ
35歳	昭和63年4月1日～平成元年3月31日 生まれ
40歳	昭和58年4月1日～昭和59年3月31日 生まれ
45歳	昭和53年4月1日～昭和54年3月31日 生まれ
50歳	昭和48年4月1日～昭和49年3月31日 生まれ
55歳	昭和43年4月1日～昭和44年3月31日 生まれ
60歳	昭和38年4月1日～昭和39年3月31日 生まれ
65歳	昭和33年4月1日～昭和34年3月31日 生まれ
70歳	昭和28年4月1日～昭和29年3月31日 生まれ