

令和 8 年度松江市国保人間ドック・脳ドック助成申込書

★案内文書②(申込要領)を確認の上、太枠内をご記入ください。

・申込は 1 人 1 回まで可能
・希望するドックの種類は
1 つのみお選びください。

・申込締切日 … 令和 8 年 1 月 6 日(火)必着

松江市国民健康保険証 記号番号・枝番	被保険者証記号番号		枝番
① 助成希望者 氏名・性別・生年月日 住所・電話番号 必須	(フリガナ)		性 別
	氏 名		男 ・ 女
	生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日	
	(〒 —)		
	松江市		
	※アパート名、号室まで記入してください ※申込結果の通知書を上記の住所に送付します		
	電話番号(自宅)	— —	電話番号は日中に連絡が つくものをご記載ください
電話番号(携帯)	— —		
② ドックの種類 (1つのみにチェック✓) 必須	<input type="checkbox"/> 外来人間ドック	<input type="checkbox"/> 集団人間ドック	<input type="checkbox"/> 脳ドック
③ 希望する実施機関 (複数チェック✓可) 必須 *複数の医療機関を選択された場合、医療機関の優先順位は考慮できません。全て同順位とみなします。	<input type="checkbox"/> 松江市立病院 <input type="checkbox"/> 松江赤十字病院 <input type="checkbox"/> 松江生協病院 <input type="checkbox"/> 松江記念病院 <input type="checkbox"/> 島根県環境保健公社 <input type="checkbox"/> どこでもよい	<input type="checkbox"/> 鹿島公民館(5/18) <input type="checkbox"/> 島根公民館(5/19) <input type="checkbox"/> 美保関支所(5/20) <input type="checkbox"/> 八束公民館(5/21) <input type="checkbox"/> 東出雲公民館(5/22) <input type="checkbox"/> 宍道公民館(5/25)	<input type="checkbox"/> 松江市立病院 <input type="checkbox"/> 松江赤十字病院 <input type="checkbox"/> 松江生協病院 <input type="checkbox"/> どこでもよい
④ 胃の検査方法 (1つのみにチェック✓)	<input type="checkbox"/> 鼻カメラ <input type="checkbox"/> □カメラ <input type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> 希望しない	胃の検査方法は 「バリウム」のみです。 <input type="checkbox"/> 希望しない	胃の検査項目は ありません。
⑤ 受診希望月 (複数チェック✓可) 外来・脳ドック希望者のみ	前回、ドックまたは健康診断の受診から 6 ヶ月以上の間隔をあけてください。 なお、受診月は希望に添えない場合があります。 <input type="checkbox"/> 4 月～6 月 <input type="checkbox"/> 7 月～9 月 <input type="checkbox"/> 10 月～12 月 <input type="checkbox"/> 令和 9 年 1 月～3 月		
※オプション等についての注意事項	※外来人間ドック・脳ドックともに受診日前に各実施機関の問診票等にてオプション希望の有無を伺います。(オプション項目にかかる費用は自己負担です。) ※集団人間ドックにはオプション項目はありません。 ※以下に該当する方は脳ドックを受診できない場合があります。 ・妊娠中、あるいは妊娠している可能性がある人 ・体内に心臓ペースメーカーなどの医療機器や、金属を埋め込んでいる人 ・タトゥーやアートメイク、ジェルネイル等をしている人 ・頭部の手術歴がある人		

※申込書に記入された情報は、個人情報の保護に十分配慮したうえで、国保ドック助成を含む国保保健事業のために利用し、それ以外には使用しません。

記載漏れ・誤りがないかをご確認の上、松江市健康推進課までご提出ください(締切:8 年 1 月 6 日(火)必着)