

様式第1号（第7条関係）

日高市国民健康保険人間ドック補助金交付申請書

年 月 日

（あて先）日高市長

申請者（受検者）

住 所 日高市

氏 名

生年月日 年 月 日（ 歳）

電話番号

日高市国民健康保険人間ドックに関する規則の規定により、補助金の交付を受けたいので申請します。また、特定健康診査及び特定保健指導の資料として利用するため、人間ドックの検査結果等について、指定医療機関から日高市が提供を受けることに同意します。

被保険者証記号番号	
指定医療機関名	
検査日程	1泊2日 ・ 1日外来 ・ 半日外来
受検年月日	年 月 日
検査料	円
補助金交付申請額	円

備考

- 1 申請者の年齢は、受検当日における年齢を記入してください。
- 2 補助金交付申請額は、検査料の1/2の額とし、2万円が限度となります。

埼玉医科大学病院

	項目	検査料(税抜)	申込
1	1日外来(バリウム) 【日帰りコース 胃部X線検査(バリウム)】	40,000円	
2	1泊2日 【一泊コース(一般)】	77,000円	
3	PETドック 【一泊コース(PET-CT)】	173,000円	

オプション検査項目及び検査料

	項目	検査料(税抜)	申込
1	胃部内視鏡検査(経口タイプ)	7,600円	
2	胃部内視鏡検査(経鼻タイプ)	9,600円	
3	肺がん検査(喀痰細胞診検査)	3,000円	
4	頭部コンピュータ断層撮影検査	10,000円	
5	胸腹部コンピュータ断層撮影検査	12,000円	
6	心臓の元気度検査(NT-proBNP)	2,000円	
7	C型肝炎ウイルス検査(HCV抗体検査)	1,200円	
8	胃がんリスク検査(ABC検診/ピロリ抗体・ペプシノゲン)	5,000円	
9	血管年齢検査(動脈硬化検査CAVI)	2,500円	
10	3次元眼底検査(OCT)	3,000円	
11	ロコモ健診(骨密度・骨代謝・下肢筋力・ロコモ度)	6,000円	
12	骨粗しょう症検査(骨密度検査)	3,000円	

【女性専用オプション】

13	乳がん検診(マンモグラフィ2方向・乳腺超音波検査)	9,000円	
14	子宮がん検診(婦人科診察・子宮頸部細胞診)	3,500円	
15	経膈超音波検査 ※子宮がん検診受診者に追加できます。	3,500円	

【男性専用オプション】

16	前立腺がん検査(PSA)	3,000円	
----	--------------	--------	--

【一泊コース限定オプション】

17	睡眠時無呼吸症候群検査	8,000円	
18	動脈硬化セット(LOX-index・頸動脈超音波・血管年齢)	18,000円	

〈自己負担額の計算方法〉

**検査料(税抜) - 補助金額(検査料(税抜)の半額で上限20,000円まで) + 消費税(全額)**

\* 消費税は補助の対象外のため全額自己負担になります