

後期高齢者医療
制度加入者

人間ドック受診のご案内

| | | |
|--------------------|---|-----------------------|
| 対象者 | 受診日において①、②に該当する方 ①後期高齢者医療制度被保険者 ②後期高齢者医療保険料の滞納がない方 ※条件を満たしていない場合は、全額自己負担になります。 | |
| 健診期間 | 令和8年 6月1日(月)～令和9年 1月30日(土) | |
| 申込期間 | 令和8年 4月1日(水)～5月30日(土) 必着 ※検査枠には上限があり、先着順です。お早めにお申し込みください。 ※申込期間を過ぎた場合は、市民課国保年金係(☎0867-72-6123)までお問い合わせください。 | |
| 申込方法 | ・「人間ドック申込書」に記入し、受診希望の医療機関宛てに郵送またはご持参ください。 ・申込書は指定医療機関、市民課、各支局・各市民センターに設置しているほか、新見市ホームページからもダウンロードできます。 | |
| 指定医療機関 ・ 申込先 | 渡辺病院 健診センター(2階) | 〒718-0003 新見市高尾2278-1 |

*新見中央病院は令和8年度の実施を見合わせます。



◆検査内容・自己負担額

| | | 検査項目 | 自己負担額 |
|-------|---|--------------------|-------------------------|
| 短期ドック | 問診、診察、身体計測、血圧測定、尿検査、便潜血反応検査 血液検査、心電図検査、胃部レントゲン検査、胸部レントゲン検査 眼底検査、眼圧検査、肺機能検査、腹部超音波検査、判定 | | 20,800円 通常30,800円 |
| | 新見市がん検診 | 乳がん検診 問診、マンモグラフィ検査 | 800円 (65～69歳：2,000円) |
| | | 子宮頸がん検診 問診、内診、細胞診 | 2,200円 |
| | | 前立腺がん検診 問診、血液検査 | 800円 |

※胃部レントゲン検査は胃カメラ検査(自己負担4,400円追加)に変更可能です。
※脳ドックを希望される方は、受診希望の医療機関へお問い合わせください。
市内の医療機関は、渡辺病院健診センター、長谷川記念病院で受診でき、検査費用は全額自費です。

◆注意事項

- 市の助成が受けられるのは、**年度内に1回のみです。①～③のうち1つ選んでください。**
①後期高齢者短期ドック ②集団検診 ③個別検診
- 受診日には「資格確認書」など資格確認ができるもの、「健康診査受診券」を必ず持参してください。
受診券は5月中に市からオレンジ色の封筒で個人宛てに送付します。
- 被保険者番号は、8ケタの番号を記入してください。
マイナ保険証をご利用の方で、被保険者番号が不明な場合はマイナポータル等でご確認ください。
- 問診票や検査容器は予約した医療機関から送付されます。

国保ドックは裏面

【問い合わせ先】 新見市市民課国保年金係 (☎0867-72-6123)

人間ドック申込書(切り離してご使用ください)

| | | | |
|---|-----------------|---------|------|
| 国保 人間ドック申込書 | 渡辺病院 健診センター(2階) | | |
| 申込日 | 令和8年 | 月 | 日 |
| 被保険者番号 | 10ケタの番号を記入⇒ | 岡10 | |
| 住所 | 〒 新見市 | | |
| ふりがな氏名 | | 性別 | 男・女 |
| 生年月日 | 昭和 | 年 | 月 日 |
| 連絡先(携帯番号) | | | |
| ※希望する検査項目の欄に○を記入してください 短期ドックについては、①から④のいずれかに○を記入してください。 | | | |
| 基本コース | ①短期ドック(胃レントゲン) | 脳ドック | |
| | ②短期ドック(胃カメラロから) | 乳がん検診 | |
| | ③短期ドック(胃カメラ鼻から) | 子宮頸がん検診 | |
| | ④短期ドック(胃検査不要) | 前立腺がん検診 | |
| 追加コース | | | |
| 受診希望月 | 第1希望 | 第2希望 | 第3希望 |
| | 月 | 月 | 月 |
| 【連絡事項】 (1)お連れの方と同日に受診を希望される場合はご一緒の方のお名前を記入し、封筒に同封するなどして一緒に申し込んでください。 (2)都合の悪い曜日等があれば記入してください。 (3)追加コースのみの申し込みはできません。 (4)胃カメラ検査は全額自己負担(4,400円)です。 (5)子宮頸がん検診を希望される方は、日程調整が必要になる場合があります。 | | | |

| | | | |
|---|----------------|------|------|
| 国保 人間ドック申込書 | 長谷川記念病院 | | |
| 申込日 | 令和8年 | 月 | 日 |
| 被保険者番号 | 10ケタの番号を記入⇒ | 岡10 | |
| 住所 | 〒 新見市 | | |
| ふりがな氏名 | | 性別 | 男・女 |
| 生年月日 | 昭和 | 年 | 月 日 |
| 連絡先(携帯番号) | | | |
| ※希望する欄に○を記入してください 短期ドックについては、①から④のいずれかに○を記入してください。 | | | |
| 基本コース | ①短期ドック(胃レントゲン) | 脳ドック | |
| | ②短期ドック(胃カメラ) | | |
| | ③短期ドック(胃検査不要) | | |
| | ④短期ドック(胃検査不要) | | |
| 追加コース | | | |
| 受診希望月 | 第1希望 | 第2希望 | 第3希望 |
| | 月 | 月 | 月 |
| (1)受診希望月を第1希望から第3希望までご記入ください。 | | | |
| 後期高齢者 お知らせ | 長谷川記念病院 | | |
| *長谷川記念病院で脳ドックの受診を希望される方は、 (☎0867-72-3105)へお問い合わせください。 *後期高齢者の方の検査費用は、全額実費(22,000円)です。 | | | |

| | | | |
|--|-----------------|---------|---------|
| 後期高齢者 人間ドック申込書 | 渡辺病院 健診センター(2階) | | |
| 申込日 | 令和8年 | 月 | 日 |
| 被保険者番号 | 8ケタの番号を記入⇒ | | |
| 住所 | 〒 新見市 | | |
| ふりがな氏名 | | 性別 | 男・女 |
| 生年月日 | 昭和 | 年 | 月 日 |
| 連絡先(携帯番号) | | | |
| ※希望する検査項目の欄に○を記入してください。 短期ドックについては、①から④のいずれかに○を記入してください。 *脳ドックの受診を希望される方は渡辺病院健診センター(2階)へ電話連絡をしてください。 (☎0867-72-2124) | | | |
| 後期高齢者短期人間ドック | ①短期ドック(胃レントゲン) | 新見市がん検診 | 乳がん検診 |
| | ②短期ドック(胃カメラロから) | | 子宮頸がん検診 |
| | ③短期ドック(胃カメラ鼻から) | | 前立腺がん検診 |
| | ④短期ドック(胃検査不要) | | |
| 追加コース | | | |
| 受診希望月 | 第1希望 | 第2希望 | 第3希望 |
| | 月 | 月 | 月 |
| 【連絡事項】 (1)お連れの方と同日に受診を希望される場合はご一緒の方のお名前を記入し、封筒に同封するなどして一緒に申し込んでください。 (2)都合の悪い曜日等があれば記入してください。 (3)乳がん検診、子宮頸がん検診、前立腺がん検診は、新見市がん検診として受診可能です。 (4)胃カメラ検査は全額自己負担(4,400円)です。 (5)子宮頸がん検診を希望される方は、日程調整が必要になる場合があります。 | | | |

| | | | |
|---|----------------|-------|---------------------------|
| 国保 人間ドック申込書 | 倉敷平成病院 | | |
| 申込日 | 令和8年 | 月 | 日 |
| 被保険者番号 | 10ケタの番号を記入⇒ | 岡10 | |
| 住所 | 〒 新見市 | | |
| ふりがな氏名 | | 性別 | 男・女 |
| 生年月日 | 昭和 | 年 | 月 日 |
| 連絡先(携帯番号) | | | |
| ※希望する欄に○を記入してください 短期ドックについては、①から③のいずれかに○を記入してください。 | | | |
| 基本コース | ①短期ドック(胃レントゲン) | 追加コース | 乳がん検診 |
| | ②短期ドック(胃カメラ) | | 子宮頸がん検診 |
| | ③短期ドック(胃検査不要) | | 前立腺がん検診 |
| | ④短期ドック(胃検査不要) | | 脳ドック ※追加コースに○をつけなくて下さい |
| 追加コース | | | |
| 受診希望日 を5つ記入 | / () | / () | / () |
| 連絡事項 | | | |
| (1)追加コースのみの申込みはできません。必ず基本コースに○を記入してください。 (2)基本コースが脳ドック(脳ドックのみ)の場合は、追加コースのいずれも受診することはできません。 (3)胃カメラ検査は平日のみ実施します。先着順に受付します。 鎮静剤を使用して、眠った状態での検査はお受けできません。 検査費用は全額自己負担(5,500円)です。 (4)受診希望日を5つ記入してください。決定した受診日は、ご案内書をもっての通達となります。 (5)お連れの方と同日に受診を希望される場合は、連絡事項にお連れの方のお名前を記入し、ハガキではなく封筒に申込書(1人1枚必要)を一緒に入れて郵送してください。 | | | |