

# 令和6年度 魚沼市国保の 人間ドック助成受付を開始します

～対象は魚沼市の国民健康保険(国保)の加入者です～

問合せ先 市民課 国民健康保険係 電話793-7971

助成を希望される人は、裏面の申請書に必要事項を記入のうえ、期限までに提出してください。世帯で複数の人が申請される場合は、申請用紙を各自でコピーしてくださるようお願いいたします。また、市民課国民健康保険係（本庁舎）、北部事務所、入広瀬会館にも備え付けてあります。魚沼市ホームページでダウンロードも可能です。

**助成金額は、1人20,000円(予定)です。助成を受けることができるのは、対象条件を満たし1月31日(水)17時まで**に申請書を提出された人のみです。

## ① 注意

- (1) ドックと「市の住民健診」は両方受けることができません。さきに「市の住民健診」にドックと重複する項目に申し込まれていた場合には、ドックを優先し「市の住民健診」は取消処理にさせていただきます。
- (2) 受診期間は令和6年4月から令和7年3月までです。日程を含めた助成決定は、令和6年3月以降に発送いたします。多くの方が予約する健診です。希望の時期に予約をお取りできない場合もありますが、ご了承ください。

## ② 対象条件(6つの要件を全て満たした人に限り助成いたします)

- (1) 人間ドック受診時に、魚沼市国民健康保険の被保険者であること。  
※現在国保に加入していなくても、受診日に国保に加入予定であれば、申請可能です。(期限までに申請書を提出ください。)
- (2) 国民健康保険税に滞納のない世帯であること。
- (3) 年齢が35歳以上74歳以下であること。  
(令和6年度中に35歳になる人から対象になります。75歳になる人は、誕生日の前日までが対象です。)
- (4) 検査結果で必要となった場合に、生活習慣病予防のための特定保健指導を受けること。
- (5) 検査結果について市が各健診機関から情報提供を受けること、および提供された情報を市がおこなう保健活動のために保健師が閲覧することに同意できること。
- (6) 上記全ての要件を満たし、期限までに魚沼市国民健康保険人間ドック申込み兼助成申請書を提出すること。

## ③ 提出先

市民福祉部 市民課 国民健康保険係（本庁舎1階）、または北部事務所、入広瀬会館

※ 書類審査があります。提出先に直接申請書をお持ちください。FAX, メールによる受付はできません。

ご不明な点は下記までお問い合わせください。

- 申込について⇒魚沼市 市民課 国民健康保険係 電話793-7971（内線1124）
- 検査内容について⇒各健診機関まで

申請書は裏面です

～提出期限～  
**1月31日(水)17時**

# 令和6年度 魚沼市国民健康保険一日人間ドック健診機関一覧

※基本検査・オプション検査の内容、ドック開始日は、各健診機関にお尋ねください。

	健診機関名	住所／電話	費用全額 (見込み)	個人負担額 (見込み)	オプション等	特記事項
1	(一社) 新潟県労働 衛生医学協会 小出検診 センター	魚沼市小出島 1240番地13 〔問合せ先〕 十日町検診 センター (025) 752-6196	41,800	21,800	・動脈硬化度検査1,870円 ・骨粗しょう症検診3,190円 ・C型肝炎検査1,760円 ・前立腺がん検査(PSA)2,310円 ・子宮がん検診(頸部)4,180円 ・乳がん検診(マンモグラフィ2方向)4,620円 ・糖尿病ハイリスク検査1,430円 ・血糖モニター24時間検査13,200円 ・心臓病リスクマーカー検査1,650円 ・甲状腺刺激ホルモン(TSH)検査1,100円 ・胃がんハイリスク検診2,640円 ・ヘリコバクターピロリ抗体検査1,760円 ・頸動脈エコー検査4,950円 ・アレルギー検査9,350円	オプション料金はR5の金額です。 R6の金額は、R6年3月末までに決まります。
2	(一財) 新潟県 けんこう財団 長岡健康 管理センター	長岡市千秋 2丁目229番地1  (0258) 28-3555	39,600	19,600	・胃カメラ(経口・経鼻)5,500円 ・乳がん検診(3Dマンモグラフィ)7,700円 ・乳がん検診(マンモグラフィ)4,180円 ・乳がん検診(超音波)3,080円 ・喀痰検査2,200円 ・胸部CT検査7,700円 ・骨密度測定3,080円 ・動脈硬化検査2,750円 ・頸動脈超音波検査3,850円 ・甲状腺超音波検査・TSH3,850円 ・心臓超音波検査10,450円 ・各種腫瘍マーカー2,200円～ ・内臓脂肪(CT)3,300円 ・ABC検診3,300円 ・睡眠時無呼吸チェック8,250円 ・LOX-index13,200円 ・子宮頸がん検診4,180円 ・経膈超音波検査6,600円 ・NT-ProBNP検査2,200円 ・HPV検査4,950円	胃カメラ検査は日程及び人数制限がございます。
3	立川メディカル センター たちかわ総合 健診センター	長岡市旭岡 1丁目24番地  (0258) 36-6221	40,700	20,700	①乳がん検診(マンモグラフィ)5,500円 ②子宮頸がん検診4,180円 子宮頸がん・体がん検診9,130円 ③HPV検査(子宮頸がんと同時に受診のみ)5,500円 ④喀痰検査3,740円 ⑤骨粗鬆症検診3,960円 ⑥動脈硬化度検査2,420円 ⑦前立腺腫瘍マーカー検査2,420円 ⑧甲状腺刺激ホルモン検査2,200円 ⑨ヘリコバクター・ピロリ菌抗体検査1,650円 ⑩胸部CT検査7,700円 ⑪インスリン1,320円 ⑫尿中微量アルブミン1,320円	送迎はありません。
4	(一社) 新潟県健康 管理協会	新潟市中央区 新光町11番地1  (025) 245-4455	39,600	19,600	①肺がん検診(喀痰細胞診)2,200円 ②肺がん検診(マルチスライスCT)7,700円 ③頸動脈超音波検査3,850円 ④骨粗しょう症検査3,080円 ⑤内臓脂肪測定3,300円 ⑥マンモグラフィ4,180円 ⑦乳腺エコー3,080円 ⑧子宮頸がん検診4,180円 ⑨胃がんリスク検診3,300円 ⑩前立腺検査2,750円 ⑪甲状腺ホルモン検査3,850円 ⑫胃カメラ5,500円(人数制限あり)	送迎日 10月2日(水) 送迎は10名以上となります。 胃カメラ希望の方は025-245-4455へ予約願います。 レディースフロア 完備
5	ゆきぐに 大和病院 健友館	南魚沼市浦佐 4115番地  (025) 777-4477	39,600	19,600	①胸腹部CT17,800円 ②胸部CT12,100円 ③頭部CT9,900円 ④骨密度測定3,000円 ⑤喀痰検査3,000円 ⑥腫瘍マーカー(各種)1,600～2,000円 ⑦甲状腺機能3,600円 ⑧インスリン1,400円 ⑨抗体2,200円 ⑩ABC検診3,300円 ⑪アルブミン検査(各種)1,400～12,600円 ⑫麻疹抗体2,000円 ⑬風疹抗体2,000円 ⑭頸動脈口-3,800円 ⑮動脈硬化測定2,000円 ⑯内臓脂肪量CT3,000円 ⑰赤血球蛋白9,900円 ⑱簡易PSG検査8,200円 ⑲頭頸部MRI-MRA22,000円 ⑳婦人科MRI14,800円 ㉑前立腺MRI 14,800円 ㉒歯科検診2,500円 ㉓マンモ-3,300円 ㉔マンモグラフィ3,300円 ㉕子宮頸がん検査4,000円 ㉖胃カメラ(経鼻・経口)5,100円 ㉗超悪玉コレステロール2,200円	送迎はありません。 子宮がん検査は曜日に制限がございます。 オプションはR5の内容です。R6.3月に決ります。
6	厚生連 小千谷総合 病院 健診センター	小千谷市平沢 新田111番地  (0258) 81-1620	40,700	20,700	①前立腺がん検査(PSA)1,650円 ②子宮がん検診(頸部細胞診+エコー)3,960円 ③乳がん検診(マンモグラフィ)4,730円 ④乳房超音波検査(マンモグラフィ併用)3,080円 ⑤胸部CT検査13,200円 ⑥喀痰細胞診2,750円 ⑦骨密度測定3,960円 ⑧内臓脂肪測定検査(腹部CT検査)3,300円 ⑨動脈硬化度検査1,650円 ⑩胃がんリスク検診(ABC検診)3,850円 ⑪更年期ホルモン検査2,750円 ⑫HPV検査4,400円 ⑬脳ドック27,500円	②、④、⑤、⑧、⑨、⑬は人数制限がございます。
7	厚生連 長岡中央総合 病院 健診センター	長岡市川崎町 2041番地  (0258) 35-3700	41,800	21,800	・前立腺腫瘍マーカー2,530円 ・子宮がん検診(内診・頸部細胞診・経膈超音波検査併用)6,600円 ・乳がん検診(マンモグラフィ1方向)3,300円 ・乳がん検診(マンモグラフィ2方向)5,500円 ・喀痰細胞診3,300円 ・ABC検診(胃がんリスク健診)3,300円 ・胸部CT検査13,200円 ・骨密度3,960円	胃カメラ検査・骨密度・胸部CT検査は人数制限がございます。 ドック受診日が希望にそえない場合、こちらで近い日を決定させていただきます。

※オプション料金は消費税を含む金額です。

※費用全額及び個人負担額は見込みです。令和6年度の額は令和6年3月末までに決まります。

※胃の検査を希望しない場合でも、一部の健診機関を除き費用は変わりません。

# 令和6年度 魚沼市国民健康保険 人間ドック申込み兼助成申請書

希望する項目の□にチェック☑を記入してください。  
年齢は、令和7年3月31日現在で記入してください。

↓太枠の中を記入してください。

受付印	被保資格	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	納税確認	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
入力処理: / . /		

世帯で複数申請する場合は、各自でコピーしてください。  
市民課国民健康保険係(本庁舎)、北部事務所・入広瀬会館にも備え付けてあります。  
市のホームページでもダウンロードできます。

魚沼市長 あて 魚沼市国民健康保険の人間ドック助成を下記のとおり申請します。必要な場合は特定保健指導を受け、市が行う保健活動のため保健師が健診結果を閲覧することに同意します。 令和 年 月 日 (申請期限 令和6年1月31日)			
世帯主	住所	〒 - (アパート・マンション名)	
	氏名	電話番号	

<input type="checkbox"/> 現在、魚沼市国保に加入している <input type="checkbox"/> 現在は加入していないが、下記希望時期に加入予定である	※携帯電話等、日中連絡の取れるものをご記入下さい。		
保険証の番号	魚沼-	宛名CD	※記入不要です→
受診者氏名	生年月日	年齢	性別
	昭和 平成 年 月 日	歳	男・女
健診希望時期	希望時期の指定はお約束できるものではありません。 <input type="checkbox"/> いつでもよい <input type="checkbox"/> _____ でなければいつでもよい (曜日、時期等) <input type="checkbox"/> 希望時期がある⇒(第1希望 令和 年 月 日〔上旬・中旬・下旬〕) (第2希望 令和 年 月 日〔上旬・中旬・下旬〕) <input type="checkbox"/> 家族で同じ日に受診したい(氏名 _____ と同じ日を希望します。) ※健診機関によって予約できない時期もあります。左頁をよくご確認ください。		

※必須	健診機関名	送迎	胃の検査 バリウムが基本	子宮頸がん 検診 (別料金)	予約が必要な特別検診(オプション) ※追加料金になります。
<input type="checkbox"/> 1	(一社)新潟県労働衛生医学協会 小出検診センター	なし	<input type="checkbox"/> 受診しない	予約不要	事前申込不要です。当日受付にてお申し込みください。
<input type="checkbox"/> 2	(一財)新潟県けんこう財団 長岡健康管理センター	なし	<input type="checkbox"/> 受診しない	要予約 <input type="checkbox"/> 希望	<input type="checkbox"/> 胃カメラ(経口) <input type="checkbox"/> 胃カメラ(経鼻) <input type="checkbox"/> マンモグラフィ <input type="checkbox"/> 3Dマンモグラフィ <input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸チェック <input type="checkbox"/> 乳がん超音波検査 <input type="checkbox"/> 頸動脈超音波検査 <input type="checkbox"/> 甲状腺超音波検査・TSH <input type="checkbox"/> 骨密度測定 <input type="checkbox"/> 喀痰細胞診 <input type="checkbox"/> HPV検査 <input type="checkbox"/> 心臓超音波検査 <input type="checkbox"/> 経膈超音波検査
<input type="checkbox"/> 3	立川メディカルセンター たちかわ総合健診センター	なし	<input type="checkbox"/> 受診しない <input type="checkbox"/> 胃カメラ(経口) <input type="checkbox"/> 胃カメラ(経鼻) 3,000円追加(税別)	予約不要	※左頁をご覧ください。 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 10 ※その他のオプションは、当日受付にてお申し込みください。
<input type="checkbox"/> 4	(一社)新潟県健康管理協会	<input type="checkbox"/> 希望 送迎日 10月2日(水)	<input type="checkbox"/> 受診しない	要予約 <input type="checkbox"/> 希望	※左頁をご覧ください。 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12
<input type="checkbox"/> 5	ゆきぐに大和病院健友館	なし	<input type="checkbox"/> 受診しない	要予約 <input type="checkbox"/> 希望	<input type="checkbox"/> マンモグラフィ <input type="checkbox"/> マンモエコー <input type="checkbox"/> 胃カメラ(経口) <input type="checkbox"/> 胃カメラ(経鼻) ※胃の検査をしない場合は2,000円引きとなります。
<input type="checkbox"/> 6	厚生連 小千谷総合病院 健診センター	5月・8月可 <input type="checkbox"/> 希望	<input type="checkbox"/> 受診しない <input type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> 胃カメラ(経口) <input type="checkbox"/> 胃カメラ(経鼻)	要予約 <input type="checkbox"/> 希望	<input type="checkbox"/> 前立腺がん <input type="checkbox"/> 喀痰細胞診 <input type="checkbox"/> マンモグラフィ <input type="checkbox"/> 骨密度測定 <input type="checkbox"/> 胸部CT検査 <input type="checkbox"/> 脳ドック ※その他のオプションは案内が届いたら電話連絡してください。 ※申込者数によっては、胃の検査はご希望に添えないこともあります。
<input type="checkbox"/> 7	厚生連 長岡中央総合 病院 健診センター	なし	<input type="checkbox"/> 受診しない <input type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> 胃カメラ(経口)	要予約	ご案内に検査項目確認書を同封しますので、希望オプションを選び、返信用封筒にてお申し込みください。

※送迎可能な場合、送迎場所等は健診機関より連絡します。  
※胃の検査をしない場合でも、一部の健診機関を除き検査料金は変わりません。

**提出期限:令和6年1月31日(水)17時まで FAX・メールは不可**

◎健診機関の予約枠があるため、期限を過ぎた場合は受付できません。記載不備の場合も同様です。  
期限を守り、内容をよくご確認の上ご提出くださるようお願いいたします。