

令和7年度 人間ドック・脳ドック等申込書

日光市国民健康保険及び後期高齢者医療制度人間ドック等事業実施要綱第7条の規定により、以下のとおり申し込みます。

申 込 者		加入保険	申込区分 (□にチェック)	希望医療機関名	受診希望月	婦人科検診 (希望者のみ) 希望する医療機関に○ 受診希望月		
フリガナ		国保(記号番号)	人間ドック ☐	※人間ドックの場合の 胃部検査 (□にチェック)	第1希望	乳がん検診 (A または B)		
氏 名						A	日光市民病院 (超音波のみ)	月
住 所	日光市					B	今市病院 (超音波+マンモ) 獨協医科大学 日光医療センター (超音波+マンモ)	月
生年月日 (和暦)	年 月 日	後期(番号)	脳ドック ☐	☐ エックス線 ☐ カメラ (鼻) ☐ カメラ (口) ☐ 希望しない	第2希望	子宮頸がん検診		
電話番号						C	森クリニック 亀森レディース クリニック	月
フリガナ		国保(記号番号)	人間ドック ☐	※人間ドックの場合の 胃部検査 (□にチェック)	第1希望	乳がん検診 (A または B)		
氏 名						A	日光市民病院 (超音波のみ)	月
住 所	日光市					B	今市病院 (超音波+マンモ) 獨協医科大学 日光医療センター (超音波+マンモ)	月
生年月日 (和暦)	年 月 日	後期(番号)	脳ドック ☐	☐ エックス線 ☐ カメラ (鼻) ☐ カメラ (口) ☐ 希望しない	第2希望	子宮頸がん検診		
電話番号						C	森クリニック 亀森レディース クリニック	月
備 考				※市記入欄	受付日時 (24h 表記) 7 月 日 時 分	受付印 (または受付窓口)		

※申込状況により、ご希望の月に受診できない場合があります。

※第1希望月と第2希望月は、別の月で指定してください。(日にち指定不可)

※受診日決定後の変更は、医療機関に直接ご相談ください。

ご記入の個人情報については、
当事業以外には使用いたしません。

人間ドック・脳ドック・婦人科検診 実施医療機関

地域	人間ドック	眼底検査	胃部検査
		X線	胃カメラ 鼻から 口から
今市	石塚クリニック(月・火・水・金・土)	-	- ○ ○
	いとうクリニック(第1木) ※月1名のみ	-	- ○ -
	今市病院(月・火・水・木・金) ※1日2名まで	○	○ ○ ○ ○
	見龍堂医療福祉総合クリニック(第2・4火、第1・3・5木) ※1日1名まで	-	○ ○ -
	見龍堂クリニックかわせみ(木) ※1日1名まで	○	- ○ ○
	新沢外科(月・火・水・木・金の午前) ※1日1名、胃カメラ追加料金あり	○	- ○ ○ ○
	獨協医科大学日光医療センター(月・火・水・木) ※1日5名まで	○	- ○ ○ ○
	沼尾医院(火・水・木・金)	-	- ○ ○
	本町内科クリニック(火・金) ※1日1名まで	-	- ○ ○
	森クリニック(月・火・水・木・金) ※胃カメラ追加料金あり	○	○ ○ ○ ○
日光	いちいクリニック内科・皮ふ科(月・水・金) ※1日1名まで	-	- ○ ○
	日光市民病院(月・火・水・木・金、第1・3土) ※1日2名まで	○	○ ○ ○ ○
	藤原医院	-	- ○ ○
藤原	川村医院(月・火・水・木・金) ※1日1名まで	-	- ○ ○

地域	脳ドック
今市	今市病院(月・火・水・木・金)
	獨協医科大学日光医療センター(月・火・水・木・金)
	森クリニック(月・火・水・木・金)
日光	日光市民病院(月・火・水・木・金・土)

地域	婦人科検診
A 乳がん検査(超音波のみ)	
日光	日光市民病院(第1・3土)
B 乳がん検査(超音波+マンモグラフィ)	
今市	今市病院(火)
	獨協医科大学日光医療センター(月・火・水・木・金)
C 子宮頸がん検査	
今市	森クリニック(第1・3・5木午前、第4水午前)
	亀森レディースクリニック(月・火・木・金・土午前)

※受付時間等は医療機関によって異なります。
※胃部検査は、X線(バリウム検査)または胃カメラで実施します。
当日の体調等により希望した検査方法で検査ができない場合は、
別の検査方法に変更となる場合があります。
※検査内容等によって、追加料金がかかる場合があります。

問い合わせ先 … 日光市役所 保険年金課 電話 0288-21-5110