国保 ①

（R8 年度用）

人間ドック・簡易脳ドック申込書

申込期間はＰ20 をご確認ください。

【申込みにあたっての注意事項】

- 受診日に甲府市国民健康保険に加入している方に限ります。
  ※さかのぼって資格喪失した場合は、全額自己負担となります。
- 保険料の滞納（分納中を含む）がある方は申込みできません。
- 人間ドック、簡易脳ドック、集団健診、個別医療機関健診の重複受診ができませんのでいずれか１つをお選びください。

申込期限：令和９年１月８日　※当日消印有効

1人目	住　所	甲府市
	氏　名	
	生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日
	電話番号	—　　—
	希望するドック	※受診を希望するドックに○をしてください。（いずれか１つ）
		人間ドック　・　簡易脳ドック

2人目	住　所	甲府市
	氏　名	
	生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日
	電話番号	—　　—
	希望するドック	※受診を希望するドックに○をしてください。（いずれか１つ）
		人間ドック　・　簡易脳ドック

※申込期限の直前は医療機関への予約が取れない場合がありますので、早めにお申込みください。

後期高齢者 ②

（R8 年度用）

75 歳以上の方（一定の障がいのある 65 歳以上の方を含む）

個別医療機関健診・人間ドック・簡易脳ドック・歯科口腔健診　申込書

【申込みにあたっての注意事項】

- 健診種類㋐～㋓の中から、希望のものいずれか１つを選び☑してください。（㋐～㋒を☑された方には、㋓の受診券も併せて送付します。）
- 集団健診をご希望の方は左下の「③集団健診申込書」をご利用ください。
  ※集団健診をご希望の方にも、㋓の受診券も送付します。
  ㋑、㋒は保険料の滞納（分納中を含む）がある方は申込みできません。

申込期限　令和９年１月８日（歯科は令和９年２月 26 日）※当日消印有効

1人目	住　所	甲府市		
	氏　名			
	生年月日	大正・昭和　年　月　日	被保険者番号	
	電話番号	—　　—		
	健診種類	□ ㋐個別医療機関健診	□ ㋑人間ドック	
		□ ㋒簡易脳ドック	□ ㋓歯科口腔健診	

2人目	住　所	甲府市		
	氏　名			
	生年月日	大正・昭和　年　月　日	被保険者番号	
	電話番号	—　　—		
	健診種類	□ ㋐個別医療機関健診	□ ㋑人間ドック	
		□ ㋒簡易脳ドック	□ ㋓歯科口腔健診	

※申込期限の直前は医療機関への予約が取れない場合がありますので、早めにお申込みください。

（点線に添って切り離してお使いください）

国保・後期高齢者 ③

（R8 年度用）

集団健診申込書

健診と同時にがん検診等（対象年齢のものに限る）も受診することができます。受診を希望しない場合は□に×を記入してください。

1人目	住　所	甲府市
	氏　名	
	生年月日	大正・昭和　年　月　日
	電話番号	—　　—
	受診希望日	月　日　※Ｐ１１の日程から選んでください。

□	胃がん検診（40 歳以上）※バリウム	1,000 円
□	腹部超音波検診（40 歳以上）	1,000 円
□	大腸がん検診（40 歳以上）	500 円
□	肺がん検診・結核検診（40 歳以上）	無料
□	前立腺がん検診（50 歳以上・男性）	1,000 円
□	胃がんリスク検査（49 歳以下）※未受診者のみ受診可	800 円
□	乳がん検診（40 歳以上・女性）※マンモグラフィ	1,000 円

2人目	住　所	甲府市
	氏　名	
	生年月日	大正・昭和　年　月　日
	電話番号	—　　—
	受診希望日	月　日　※Ｐ１１の日程から選んでください。

□	胃がん検診（40 歳以上）※バリウム	1,000 円
□	腹部超音波検診（40 歳以上）	1,000 円
□	大腸がん検診（40 歳以上）	500 円
□	肺がん検診・結核検診（40 歳以上）	無料
□	前立腺がん検診（50 歳以上・男性）	1,000 円
□	胃がんリスク検査（49 歳以下）※未受診者のみ受診可	800 円
□	乳がん検診（40 歳以上・女性）※マンモグラフィ	1,000 円

■19～39 歳の方の集団健診　申込書 ④

（R8年度用）

申込期限：受診日の１か月前まで（締切日必着）

■子宮頸がん検診（20 歳以上）申込書

申込期限：令和９年１月５日（当日消印有効）

■成人歯周疾患健診（19～74 歳）申込書

申込期限：令和９年２月２６日（当日消印有効）

住　所	甲府市
電話番号	—　　—

※希望する種類に☑をしてください。
※申込後、受診券等を郵送いたします。

1人目	氏　名		
	生年月日	大正・昭和・平成　年　月　日	
	健診（検診）種類	集団健診希望日（　月　日）	
		□基本健診　□胃がんリスク（ABC）	
		□歯周疾患健診	□子宮頸がん検診 ※令和７年度に受診した人は対象外です。

2人目	氏　名		
	生年月日	大正・昭和・平成　年　月　日	
	健診（検診）種類	集団健診希望日（　月　日）	
		□基本健診　□胃がんリスク（ABC）	
		□歯周疾患健診	□子宮頸がん検診 ※令和７年度に受診した人は対象外です。

郵便はがき

②

切手を
貼って
ください
(85円)

送　付　先

〒400-8585

甲府市丸の内1−18−1

甲府市 健康保険課

「後期高齢者 個別医療機関健診・人間ドック・
簡易脳ドック・歯科口腔健診」係　あて

※はがきとして出す場合は、切手を貼ってください。

※申込書を上記の送付先まで郵送でお送りください。
（封筒に入れて郵送していただくこともできます。）
※健康保険課（本庁舎2階）窓口で申込みすることも
できます。（平日8:30～17:15）

郵便はがき

①

切手を
貼って
ください
(85円)

送　付　先

〒400-8585

甲府市丸の内1−18−1

甲府市 健康保険課

「国保 人間ドック・
簡易脳ドック」係　あて

※はがきとして出す場合は、切手を貼ってください。

※申込書を上記の送付先まで郵送でお送りください。
（封筒に入れて郵送していただくこともできます。）
※健康保険課（本庁舎2階）窓口で申込みすることも
できます。（平日8:30～17:15）

（点線に添って切り離してお使いください）

郵便はがき

④

切手を
貼って
ください
(85円)

送　付　先

〒400-0858

甲府市相生2−17−1

甲府市 地域保健課

「保健予防」係　あて

※はがきとして出す場合は、切手を貼ってください。

※申込書を上記の送付先まで郵送でお送りください。
（封筒に入れて郵送していただくこともできます。）
※地域保健課（健康支援センター2号館）窓口で申込み
することもできます。（平日8:30～17:15）

郵便はがき

③

切手を
貼って
ください
(85円)

送　付　先

〒400-8585

甲府市丸の内1−18−1

甲府市 健康保険課

「集団健診」係　あて

※はがきとして出す場合は、切手を貼ってください。

※申込書を上記の送付先まで郵送でお送りください。
（封筒に入れて郵送していただくこともできます。）
※健康保険課（本庁舎2階）窓口で申込みすることも
できます。（平日8:30～17:15）