

人間ドック受診希望者募集

対象者

昭和27年4月2日～平成4年4月1日生まれ（年度年齢35～74歳）の
岩美町民で A) B) の条件をすべて満たす方

A) 医療保険、事業所等のドック事業を利用できない方

B) 医療機関で、詳細な検査（CT・カメラ等）、全身的な管理をされていない方

昨年度 町の人間ドック	実施時期	自己負担額	募集人数
未受診者	6～12月	8,000円	220人
受診者	12・1月	16,000円	50人

- ▶ 応募人数が定員になり次第、募集は終了します。
- ▶ 感染症の流行等により、一時的に休止をする可能性があります。
- ▶ やむを得ない事情以外のキャンセル・変更はできません。

実施場所 岩美病院 実施曜日 火・水・金

検査内容

身体計測、血圧測定、心電図、尿検査、腹部超音波、眼底・眼圧検査、視力検査、
血液検査（脂質、肝機能、糖代謝、腎機能、貧血、肝炎ウイルス、腫瘍マーカー）、
聴力検査、胃カメラ、便潜血検査、胸部レントゲン、マンモグラフィー、歯周疾患検診

※年齢、性別により受けられる検査が異なります。

※40歳以上の国民健康保険加入者・協会けんぽ被扶養者の方は、特定健康診査と同時に受けていただきます。

申し込みをすることで各加入医療保険者から求めがあった場合、検診データの提供に同意したものとします。

申込方法 申込書を健康福祉課へ提出（郵送・FAX・メール可）

令和8年度 人間ドック申込書

基本的に該当するすべての項目を受診していただきます

申込期限

4月17日(金)

必着

申込年月日	令和8年 月 日
住 所	岩美町大字
ふりがな 氏 名	(男 ・ 女)
電話番号	
生年月日	(昭和 ・ 平成) 年 月 日 (歳) *令和9年4月1日時点の年齢
加入医療保険	国民健康保険 ・ 協会けんぽ ・ 組合健康保険 船員保険 ・ 共済組合保険 ・ その他
過去の町ドック歴	(平成 ・ 令和) 年 月 日 ・ なし
歯周病疾患検診 該当する場合のみ受診	▶ 該当者 年度年齢が35・40・45・50・55・60・65・70歳の方 希望しない方は○→ []
乳がん検査 (X線) 該当する場合のみ受診	▶ 該当者 40歳以上で年度年齢が偶数年齢の女性 希望しない方は○→ [] *豊胸術を受けた方、心臓ペースメーカーを装着されている方は対象外です。○をしてください。
鼻カメラ希望	[] 希望する ・ [] 希望しない
受診希望 時期・曜日など	*受診歴によって、実施時期が異なります。また、ご希望に添えない場合がありますので、ご了承ください。