

都城市国民健康保険に加入されている40歳～74歳の方へ

令和6年度



《18歳～39歳の健康診査について》
令和6年9月～12月に実施する予定です。
対象者には個別通知します。

都城市PRキャラクター
兼PR部長 ぽんちくん

日帰り人間ドックのお知らせ

- **目的** 生活習慣病の予防、早期発見及び早期治療を目的として実施します。
検査結果によっては保健師等による保健指導があります。
- **対象者** 40歳～74歳（昭和24年4月2日～昭和60年3月31日生）で申込時かつ受診日に都城市国民健康保険に加入されている方
- **定員** 3,100人（先着順。定員に達し次第締め切ります）
- **実施期間** 令和6年4月1日（月）～令和7年3月31日（月）の指定日（月曜日～金曜日）
- **実施場所** 都城健康サービスセンター（都城市太郎坊町1364番地1）
- **検査内容** 問診、身体計測、診察、血圧測定、血液検査（肝機能検査、腎機能検査、膵機能検査、脂質検査、糖尿病検査、甲状腺検査、腫瘍マーカーほか）、尿検査、視力検査、聴力検査、眼底カメラ、心電図、腹部超音波、肺がん検診（胸部X線撮影）、胃がん検診（バリウム）、大腸がん検診（便潜血検査）
- **自己負担額** 5,000円
- **オプション検診** 人間ドックを受診する方は、次の検査を受診できます。
① 骨粗しょう症検診（**受診料 400円**）
人間ドックと同じ日に受診できます。
② 歯周疾患検診（**受診料 600円**）
人間ドックの決定通知と一緒に問診票を送付します。希望される方は令和6年4月1日から令和7年3月31日の間に歯科医師会に加入する各歯科医院で受診してください。
- **申込方法** ①はがき…右のはがきに必要事項（住所、氏名、生年月日、電話番号、受診希望月、受診希望曜日）を記入し、はがきもしくは封書でお申し込みください（窓口持参可）。
②インターネット…都城市健康課ホームページの予約フォームから申し込みください。
- **申込期間** 令和6年2月1日（木）から定員に達するまで

電話による申込みはできません。

都城市 国保ドック



お手数ですが63円切手をお貼りください

郵便はがき

885-8555

都城市姫城町6街区21号

都城市役所 健康課 行

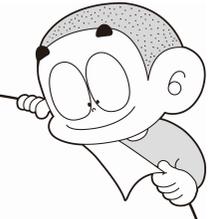
（切り取り）

受診希望者1	住所 〒 都城市
	氏名
	生年月日 昭和 年 月 日
携帯電話番号または日中に連絡がとれる電話番号	
受診希望者2	住所 〒 都城市
	氏名
	生年月日 昭和 年 月 日
携帯電話番号または日中に連絡がとれる電話番号	

《問い合わせ》 都城市役所 健康課 【本庁舎2階】 電話0986-23-2765

《申込みはがきの記入方法》

- ◎ 表面の受診希望者欄に、住所等を記入してください。電話番号は平日の昼間に連絡がとれる番号を記入してください。
- ◎ 裏面に受診を希望する月と曜日をそれぞれ3つずつ記入してください。日付の指定はできません。
- ◎ 夫婦などで同じ日に受診を希望される方は、裏面下段の『同一受診日希望』欄に○をつけてください。骨粗しょう症検診を希望される方は、裏面の『骨粗しょう症検診希望』欄に○をつけてください。



申込み・受診時の注意事項

- ① 受診日が決定した方から順に受診日のお知らせ（はがき）をお送りします。申込み状況によっては、希望にそえない場合があります。
- ② 申込み後、社会保険等に参加し、受診日に都城市国民健康保険の資格を喪失している方は受診できません。
- ③ 健康課が実施する各種検診（特定健康診査、胃がん検診、大腸がん検診及びレントゲン車による肺がん・結核検診）を同一年度に受診された方は、日帰り人間ドックの助成を受けることができません。したがって、両方受診された場合は、別途検査費用をお支払いいただきます（約27,000円）。
- ④ 日帰り人間ドックの検査結果が「特定保健指導」に該当した方は、検査当日に必ず保健指導を受けてください。
- ⑤ 日帰り人間ドックの胃がん検診はバリウム検査です。胃カメラへの変更を希望される方は、受診日のお知らせ（はがき）が届いた後、直接、都城健康サービスセンターに御連絡ください。ただし、1日に実施できる人数には限りがあります（1日1名）ので、希望にそえない場合があります。胃カメラに変更された場合、別途料金が4,000円（税込）かかります。なお、定員になり次第締め切らせていただきます。【定員240名／年】

（切り取り）

受診を希望する月と曜日を3つずつ記入してください。

（昭和24年4月2日～昭和25年3月31日生まれの方は誕生日前日までの受診となります。）

このはがきで、人間ドック以外の検診（胃カメラ、乳がん検診、子宮がん検診など）を申込みことはできません。

受診希望者1

受診希望者2

受診希望月

受診希望月

() 月
 () 月
 () 月
 () いつでもよい

() 月
 () 月
 () 月
 () いつでもよい

受診希望曜日（月～金）

受診希望曜日（月～金）

() 曜日
 () 曜日
 () 曜日
 () いつでもよい

() 曜日
 () 曜日
 () 曜日
 () いつでもよい

骨粗しょう症検診希望

骨粗しょう症検診希望

() ()

※骨粗しょう症検診は別途料金が400円必要です。

※骨粗しょう症検診は別途料金が400円必要です。

同一受診日希望 ()

※受診希望者が2人で、同じ日に受診したい場合は○印をつけてください。