# 亀山市国民健康保険に加入している人へ

後期高齢者医療制度に加入されている人も対象になります

## 忘れずに特定健康診査は年に1回は受けましょう!

### 特定健康診査を受けましょう!

**1 長く働くために**

今のお仕事を長く続けるために、
ご自身が健康であることは必須です。

**2 病気の早期発見のために**

自覚症状が少なく、気づかないうちに進行する生活習慣病の早期発見や、身体の不調は、軽い症状のうちに発見することが大切です。

**3 将来かかる医療費の削減**

定期的な健診を受けず、病気の発見が遅くなってしまうと、結果的に多額の医療費がかかってしまう場合が少なくありません。負担が軽い特定健診を受けることで、将来かかりうるコストの削減につながります。

**無料で受けられる!!**

受診期間 令和5年7月1日(土)〜
令和5年11月30日(木)

対象者へは受診券を送付します! 9ページ

**集団検診**

詳細 10ページ〜
実施日 13ページ
定員 各会場50名ずつ
申込み方法 申込みはがき15ページにてお申込みください。
締切日 7月10日(月)

**個別検診**

詳細 18・19ページ

実施医療機関によって受診日、定員、予約等の申込み方法は異なりますので事前に各医療機関へお問合せください。

**がん検診も受けられます!**

がん検診と一緒に受けることもできます。
※がん検診の自己負担金は別途必要です。

詳しくは 2ページ〜

## 健診Q&A

**Q 健康だから、受ける必要がないのでは?**

生活習慣病は自覚症状がなく、進行することがほとんどです。早期発見が重症化を防ぎます。年1度の健診で体の状態をチェックすることが大切です。

**Q 忙しいから、受ける暇がありません。**

忙しさを支えるのはあなたの元気な体です。健診に費やす時間は、病気の治療に費やす時間に比べたら、ほんのわずかです。忙しい方ほど、生活習慣病になりやすい傾向があるので、ぜひ、受診してください。

**Q 通院中だから受けなくていいのでは?**

通院している方も対象になります。特定健診はさまざまな病気の早期発見を目的としています。治療している病気以外の健康管理にも役立ちます。

特定健康診査と各種がん検診を組合わせて受診することにより、少ない自己負担金で一日人間ドックとほぼ同等の検査を受けることができます。また、同日にセットで受診することもできます。(後期高齢者医療制度対象者の人も同様です。)

# 勤務先での健康診断や個人で人間ドックを受けた人は健診結果の提供にご協力ください!

提供期間：令和6年5月31日まで

提供いただいた健診結果は、医療費の適正化や健康増進に必要な施策等の検討に活用しますので、ご協力をお願いします。なお、提供いただいた人には、お礼として**クオ・カード（500円分）**を贈呈します。

## 対象者　次のすべてに該当する人

1. **令和5年4月～令和6年3月に勤務先等で健診を受診した人**
   （自費で人間ドックを受診した人も含む）
2. **健診受診日時点で年齢が40歳～74歳の亀山市国民健康保険に加入していた人**
3. **令和5年度の亀山市国民健康保険の特定健康診査または一日人間ドックを受診していない人**
4. **国民健康保険税の滞納がない世帯に属する人**

| | | |
|---|---|---|
| 健診結果に記載が必要な項目 | 基本情報 | 1)受診者名　2)受診日　3)健診機関名　4)健診を実施した医師名 |
| | 身体計測 | 5)身長　6)体重　7)腹囲 |
| | 血圧測定 | 8)最高血圧　9)最低血圧 |
| | 血液検査 | 脂　質　10)中性脂肪　11)HDLコレステロール　12)LDLコレステロール |
| | | 肝機能　13)GOT(AST)　14)GPT(ALT)　15)γ-GT(γ-GTP) |
| | | 血　糖　16)空腹時血糖 または HbA1c |
| | 尿検査 | 17)尿糖　18)尿蛋白 |
| | 診察結果 | 19)医師による所見(判定) |

**必要書類**

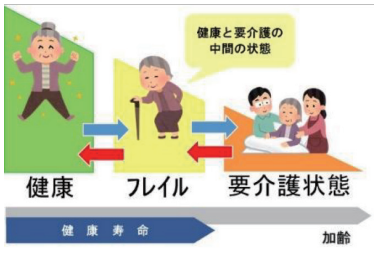
① 健診結果提供に関する同意書② 健診結果の写し③ 質問票
④ 令和5年度亀山市特定健康診査受診券（手元にある人のみ）
※「①同意書」および「③質問票」は、市民課国民健康保険グループで配布しています。
（市ホームページからもダウンロード可）。

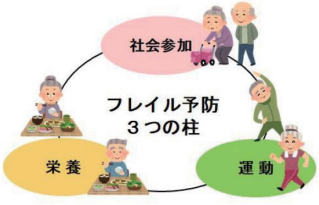
**提供方法**

必要書類を国民健康保険グループへ持参または郵送してください。
〒519-0195 亀山市本丸町577番地
※クオ・カードは、内容を確認した後、郵送します。

# 毎年、健康診査を受けて、早めにフレイル予防を‼

皆さんフレイルをご存知ですか?
年をとって体や心のはたらき、社会的なつながりが弱くなった状態をいいます。そのまま放置すると、要介護状態になる可能性があります。大事なことは早めに気づいて、予防に取組むことです。そうすれば、フレイルの進行を防ぎ、健康な状態に戻ることができます。




健康診査を受けて、フレイル（虚弱）に早めに気づき
フレイル予防に取組み、健康に暮らしましょう。
フレイルが気になる人は医療年金グループへ
ご相談ください。(☎0595-84-5005)



亀山市のけんしん P2～7
受診券 P8～9
集団検診 P10～17
個別検診 P18～19
けんしんを受けた後は P20～21
国民健康保険・後期高齢者医療制度加入者の方へ P22～33
お口の健康 P34～35
がんを予防しましょう P36～40
かめやま健康なび P41
予防接種 P42～45
母子保健サービス P46～49
こころの健康 P50
急な病気やケガなどの時 P51

# 上手な健康管理と医療費節約のために

**私たちができること**

人生100年時代と言われる現代、長い人生を豊かに過ごすためには、いかに健康で自立した日常を送れるかが重要になります。安心な医療を未来につなげていくために、医療費の適正化にご協力ください。

## かかりつけ医をもちましょう

最新の医療設備があるといって、大病院へ行くことが最も良いことでしょうか?体の具合が悪いときは、日ごろからあなたや家族のことをよく知る「かかりつけの医師」にまず相談しましょう。

## 重複受診はやめましょう!!

同じ疾患で複数の医療機関にかかると、検査や投薬が重複して体への負担・副作用が懸念されます。さらに、初診料の支払いを繰り返すことで、医療費がかさむため、重複受診は控えましょう。

## 多剤服用による影響を知ってポリファーマシーを防止しましょう!!

ポリファーマシーとは、多くの薬を服用することにより副作用の有害事象を起こすことです。とくに高齢者は複数の疾患の治療を受けているケースが多く、服用する薬の種類や数が増えることで、ふらつきや転倒、認知機能障害などを引き起こす場合もあるため、注意が必要です。

また、薬の飲み間違いや、飲み忘れによって残数が複数増える原因にもなります。お薬手帳が複数あると、薬の重複や飲み合わせなどがチェックできません。必ず1人1冊にまとめ、薬の情報を管理しましょう。また、気になる症状があれば、医師や薬剤師に相談しましょう。

## セルフメディケーションを心がけましょう

セルフケアメディケーションとは「自分自身の健康に責任をもち、軽度な身体の不調は自分で手当てすること」です。

まずは、普段から適度な運動と栄養バランスの良い食事、十分な睡眠時間を確保し、もとから備わっている自然治癒力を高めることが大切です。

また、健診や予防接種を積極的に受けたり、軽い症状の時は、市販薬を上手に利用したりするなど、自分自身の健康維持のためにできることから始めましょう。

## 電話健康相談も活用を!!

国民健康保険に加入している人の身体と心の様々なご相談に医師や看護師などの専門スタッフが対応します。

**☎0120−343230**
**24時間・365日**
**通話・相談無料**

# 一日人間ドックについて

| | |
|---|---|
| 検査内容 | 胸部X線検査、胃部X線又は内視鏡検査、腹部超音波検査、血圧測定、心電図検査、尿検査、眼底検査、便潜血検査、<br>血液検査（腎機能・尿酸代謝・脂質・肝機能・血糖・貧血・血清・腫瘍マーカー）、<br>身体測定、問診、前立腺がん検診（男性）、子宮がん検診（超音波検査を含む・女性）<br>※眼底検査については、一部未実施の医療機関あり |
| 対象者 | **①国民健康保険加入者（次のいずれにも該当する方）**<br>＊申込み時点で亀山市国民健康保険に加入していて、受診時も継続して加入している人<br>＊令和5年4月1日において30歳以上であり、かつ75歳未満の人<br>**②後期高齢者医療制度加入者** |
| 注意事項 | ◎一日人間ドックに含まれる検診内容を他の検診と同年度内において重複して受診することができません。<br>◎健康政策課が発行した該当する検診の無料券や無料クーポン券等は使用できません。<br>◎市税などに滞納があるときは、受診制限を受ける場合があります。 |
| 定 員 | ①亀山市国民健康保険加入者　200名<br>②後期高齢者医療制度加入者　30名 |
| 実施期間 | **令和5年7月3日(月)～令和6年2月29日(木)**の期間中、実施医療機関の健診日<br>※申込み状況によっては実施期間を変更する場合があります。 |
| 自己負担金 | **8,000円**<br>※受診時に医療機関で納付していただきます。 |
| 申込み方法 | **5月15日(月)までに専用はがき29ページで申込みください。**<br>応募多数の場合は抽選を行い、抽選結果は6月下旬に郵送で個人通知いたします。<br>なお、抽選の場合は過去に受診歴のない人を優先します。 |
| 結果通知 | 応募多数の場合は抽選を行い、<br>6月下旬に抽選結果と関係書類を個別に発送します。 |

## 実施医療機関（五十音順）

☎市外局番：0595

| | | 場所 | 眼底検査 | 胃部検診 X線 | 胃部検診 内視鏡（口） | 胃部検診 内視鏡（鼻） | 健診日・備考 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| あのだクリニック | ☎83-1181 | 阿野田町 | ● | ● | ● | | 月～水・金・土曜日の午前中 |
| 亀山市立医療センター | ☎83-0990 | 亀田町 | ● | ● | ● | ● | 月～金曜日 |
| せきクリニック | ☎96-2220 | 関町新所 | ● | ● | ● | | 月～土曜日 |
| 豊田クリニック | ☎82-1431 | 南野町 | | | ● | ● | 月～水・金曜日 |
| みえ呼吸嚥下リハビリクリニック | ☎84-3536 | アイリス町 | | | ● | ● | 水・木曜日 |
| 宮村産婦人科 | ☎82-5151 | 本町3丁目 | ※子宮がん検診のみ実施 | | | | 月～水・金・土曜日 |

# 脳ドックについて

| | |
|---|---|
| 検査内容 | 磁気共鳴コンピュータ断層撮影装置による検査（MRI）、磁気共鳴血管撮影（MRA） |
| 対象者 | **①国民健康保険加入者（次のいずれにも該当する方）**<br>＊申込み時点で亀山市国民健康保険に加入していて、受診時も継続して加入している人<br>＊令和5年4月1日において40歳以上であり、かつ75歳未満の人<br>**②後期高齢者医療制度加入者** |
| 注意事項 | **★次に該当する方は、検査を受けられないことがあります。**<br>あらかじめかかりつけの医師にご相談ください。<br>①心臓ペースメーカーを装着している人<br>②今までに手術（特に頭部）をしたことがある人<br>③MRI非対応の歯科インプラントをされている人<br>④入れ墨、タトゥー、眉毛やまぶたにアートメイクをされている人<br>⑤妊娠あるいは妊娠の可能性のある人<br>⑥その他医師の指示により、MRI、MRAの検査を止められている人<br><br>※閉所恐怖症の人は、受診できない場合があります。<br>※市税などに滞納があるときは、受診制限を受ける場合があります。 |
| 定 員 | ①亀山市国民健康保険加入者　280名<br>②後期高齢者医療制度加入者　100名 |
| 実施期間 | **令和5年8月1日（火）〜令和6年2月29日（木）**<br>いずれも実施医療機関の検診日（土日祝日を除く。） |
| 実施医療機関 | **亀山市立医療センター** |
| 自己負担金 | **7,000円**<br>※受診時に亀山市立医療センターで納付していただきます。 |
| 申込み方法 | **5月15日（月）までに専用ハガキ31ページで申込みください。**<br>応募多数の場合は抽選を行い、抽選結果は7月中旬に郵送で個人通知いたします。<br>なお、抽選の場合は過去に受診歴のない人を優先します。 |
| 結果通知 | 応募多数の場合は抽選を行い、<br>7月中旬に抽選結果と関係書類を個別に発送します。 |

# 一日人間ドック・脳ドックの申込方法

一日人間ドック、脳ドックは、綴じ込みのはがきで申し込みください。

**問合せ先**　国民健康保険に加入されている方・・・市民課 国民健康保険G ☎84-5006
後期高齢者医療に加入されている方・・・市民課 医　療　年　金G ☎84-5005

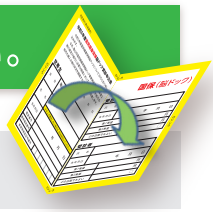
## STEP1　申込みはがきに必要事項を記入してください。

申込みはがき（一日人間ドックは29ページ、脳ドックは31ページ）を切り取り、必要事項を記入。記入例は28ページ・33ページをご確認ください。

一日人間ドック はがき 29ページ

脳ドック はがき 31ページ

## STEP2　申込みはがきを郵送または窓口に持参してください。



| | |
|---|---|
| 郵送 | ●はがきの「のりしろ」にのりを付け、2つ折りにしてください。 |
| 窓口持参 | ●**市 役 所**：市民課 国民健康保険グループ・医療年金グループ<br>●**あいあい**：健康政策課 健康づくりグループ<br>●**関 支 所**：地域サービス室<br>【受付時間】平日 午前8時30分～午後5時15分（土日祝日を除く） |

・電話、FAX、メールでの受付は行いません。
・記入漏れや誤りのあった場合、複数回の申込みは無効となりますので、よく確認のうえ記入、押印してください。

**申込み締切** ※当日消印有効　一日人間ドック・脳ドック

先着順ではありません。
期間内に申込みしてください。

**令和5年5月15日（月）**

## STEP3　受診日・受診医療機関等の決定について、お知らせします。

● 決定通知の発送時期

**一日人間ドック／6月下旬ごろ**
**脳 ド ッ ク／7月中旬ごろ**

市民課で受診日・受診医療機関等を割り振り、個人通知します。
*受診医療機関や希望月は、ご希望に添えない場合があります 。

※申込み人数が定員を上回った場合は、市民課にて**抽選**を行います。
抽選により当選となった方には受診券などの書類一式、落選となった方には落選通知を発送します。
なお、抽選の場合は過去に受診歴のない人を優先します。
※1枚のはがきで2人分申し込んだ場合は、1人ずつ別々に抽選させていただきます。



亀山市のけんしん P2～7
受診券 P8～9
集団検診 P10～17
個別検診 P18～19
けんしんを受けた後は P20～21
国民健康保険・後期高齢者医療制度加入者の方へ P22～33
お口の健康 P34～35
がんを予防しましょう P36～40
かめやま健康なび P41
予防接種 P42～45
母子保健サービス P46～49
こころの健康 P50
急な病気やケガなどの時 P51

# 記入例

のりしろ

受診希望者の氏名・生年月日
受診医療機関・希望月を記入

一日人間ドック）

令和5年度国民健康保険一日人間ドックに

世帯主の住所・氏名・生年月日
連絡先となる電話番号（可能な限り2か所）
被保険者証の記号番号（保険証右上の7桁の数字）
を記入漏れのないようにご記入ください。

世帯主

| | |
|---|---|
| 住所 | 亀山市 本丸町577 |
| 氏名 | 亀山　太郎<br>※本人が署名しない場合は、記名押印してください。 |
| 生年月日 | 昭和25年 12月 12日 |
| 電話番号 | 84−5006 |
| 携帯電話番号 | 090−1234−○×▽□ |
| 被保険者証記号番号 | 5 0 0 8 8 8 8 |

のりしろ

受診者

| | |
|---|---|
| 氏名 | 亀山　太郎 |
| 生年月日 | 昭和25年 12月 12日 |
| 受診医療機関 | 亀山市立医療センター |
| 希望月 | 10月　□ どの日程でもよい |
| 胃部検診 | X線 ・ 内視鏡（□ ・ 鼻） |
| 子宮がん検診 | □ 受診希望　月 |

受診医療機関・希望月をご記入ください。
ただし、必ずしも希望に添えるとは限りません。
希望月がない場合は「どの日程でもよい」の左側の「□」に「✓」をいれてください。
胃部検診については、X線か内視鏡を選んで○を付けてください。
（一部の医療機関は口か鼻かも選んでください）
女性は、子宮がん検診を希望する場合は「□」に「✓」をいれ、受診月をご記入ください。

のりしろ

キリトリ

# 記入例

のりしろ

被保険者番号
（保険証上部の0から始まる8桁の数字）
をご記入ください。

人間ドック）

令和5年度後期高齢者医療保険一日人間ドック
とおり申し込みます。

なお、亀山市後期高齢者医療保険一日人間ドック事業実施要綱第2条第2項の規定の施行に必要な限度において、市職員が市税その他市の歳入の納付状況を調査することについて同意します。

令和5年 5月 18日

| | |
|---|---|
| 住所 | 亀山市 羽若町545 |
| 受診者氏名 | 亀山　太郎<br>※本人が署名しない場合は、記名押印してください。 |
| 生年月日 | 昭和18年 5月 1日 |
| 受診者氏名 | 亀山　愛子<br>※本人が署名しない 押印してください。 |
| 生年月日 | |
| 電話番 | |
| 携帯電話 | |
| 携帯電話番号 | 090−1234−□○○× |

受診者の住所・氏名・生年月日
連絡先となる電話番号・携帯電話番号
を記入漏れのないようにご記入ください。

| | |
|---|---|
| 被保険者番号 | 0 3 4 5 6 7 8 9 |
| 受診医療機関 | 亀山市立医療センター |
| 希望月 | 10月　□ どの日程でもよい |
| 胃部検診 | X線 ・ 内視鏡（□ ・ 鼻） |
| 子宮がん検診 | □ 受　望　月 |

受診医療機関・希望月をご記入ください。
ただし、必ずしも希望に添えるとは限りません。
希望月がない場合は「どの日程でもよい」の左側の「□」に「✓」をいれてください。
胃部検診については、X線か内視鏡を選んで○を付けてください。
（一部の医療機関は口か鼻かも選んでください）
女性は、子宮がん検診を希望する場合は「□」に「✓」をいれ、受診月をご記入ください。

のりしろ

キリトリ

# 国保（一日人間ドック）

## 令和5年度
## 国民健康保険一日人間ドック受診申込書

令和5年度国民健康保険一日人間ドックについて次のとおり申し込みます。

なお、亀山市国民健康保険一日人間ドック事業実施要綱第2条第2項の規定の施行に必要な限度において、市職員が市税その他市の歳入の納付状況を調査することについて同意します。

年　月　日

### 世帯主

| | |
|---|---|
| 住　所 | 亀山市 |
| 氏　名 | ※本人が署名しない場合は、記名押印してください。 |
| 生年月日 | 年　月　日 |
| 電話番号 | |
| 携帯電話番号 | |
| 被保険者証記号番号 | |

### 受診者

| | | |
|---|---|---|
| 氏　名 | | |
| 生年月日 | 年　月　日 | |
| 受診医療機関 | | |
| 希望月 | 月 | □ どの日程でもよい |
| 胃部検診 | X線 ・ 内視鏡（ □ ・ 鼻 ） | |
| 子宮がん検診 | □ 受診希望 | 月 |

### 受診者

| | | |
|---|---|---|
| 氏　名 | | |
| 生年月日 | 年　月　日 | |
| 受診医療機関 | | |
| 希望月 | 月 | □ どの日程でもよい |
| 胃部検診 | X線 ・ 内視鏡（ □ ・ 鼻 ） | |
| 子宮がん検診 | □ 受診希望 | 月 |

キリトリ





# 後期（一日人間ドック）

## 令和5年度
## 後期高齢者医療保険一日人間ドック受診申込書

令和5年度後期高齢者医療保険一日人間ドックについて次のとおり申し込みます。

なお、亀山市後期高齢者医療保険一日人間ドック事業実施要綱第2条第2項の規定の施行に必要な限度において、市職員が市税その他市の歳入の納付状況を調査することについて同意します。

年　月　日

| | |
|---|---|
| 住　所 | 亀山市 |
| 受診者氏名 | ※本人が署名しない場合は、記名押印してください。 |
| 生年月日 | 年　月　日 |
| 受診者氏名 | ※本人が署名しない場合は、記名押印してください。 |
| 生年月日 | 年　月　日 |
| 電話番号 | |
| 携帯電話番号 | |
| 携帯電話番号 | |

| | | |
|---|---|---|
| 被保険者番号 | 0 | |
| 受診医療機関 | | |
| 希望月 | 月 | □ どの日程でもよい |
| 胃部検診 | X線 ・ 内視鏡（ □ ・ 鼻 ） | |
| 子宮がん検診 | □ 受診希望 | 月 |

| | | |
|---|---|---|
| 被保険者番号 | 0 | |
| 受診医療機関 | | |
| 希望月 | 月 | □ どの日程でもよい |
| 胃部検診 | X線 ・ 内視鏡（ □ ・ 鼻 ） | |
| 子宮がん検診 | □ 受診希望 | 月 |

キリトリ

料金受取人払郵便

亀山局承認

028

差出有効期間
令和5年5月
15日まで

（切手不要）

5 1 9 - 0 1 9 0

亀山市本丸町５７７番地

亀山市市民文化部市民課 行

差出人

| | |
|---|---|
| 氏名 | |
| 住所 | 〒519- |
| 電話 | （　　） |

キリトリ

キリトリ

料金受取人払郵便

亀山局承認

029

差出有効期間
令和5年5月
15日まで

（切手不要）

5 1 9 - 0 1 9 0

亀山市本丸町５７７番地

亀山市市民文化部市民課 行

差出人

| | |
|---|---|
| 氏名 | |
| 住所 | 〒519- |
| 電話 | （　　） |

キリトリ

別記様式（第6条関係）　　のりしろ

# 令和5年度国民健康保険脳ドック受診申込書

# 国保（脳ドック）

令和5年度国民健康保険脳ドックについて次のとおり申し込みます。

なお、亀山市国民健康保険脳ドック事業実施要綱第2条第2項の規定の施行に必要な限度において、市職員が市税その他市の歳入の納付状況を調査することについて同意します。

年　　月　　日

## 世帯主

| | |
|---|---|
| 住　　所 | 亀山市 |
| 氏　　名 | ※本人が署名しない場合は、記名押印してください。 |
| 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 電話番号 | |
| 携帯電話番号 | |
| 被保険者証記号番号 | |

## 受診者

| | |
|---|---|
| 氏　　名 | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 第1希望 | 月 |
| 第2希望 | 月 |
| どの日程でもよい | □ |

## 受診者

| | |
|---|---|
| 氏　　名 | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 第1希望 | 月 |
| 第2希望 | 月 |
| どの日程でもよい | □ |

のりしろ　　キリトリ

別記様式（第6条関係）　　のりしろ

# 令和5年度後期高齢者医療保険脳ドック受診申込書

# 後期（脳ドック）

令和5年度後期高齢者医療保険脳ドックについて次のとおり申し込みます。

なお、亀山市後期高齢者医療保険脳ドック事業実施要綱第2条第2項の規定の施行に必要な限度において、市職員が市税その他市の歳入の納付状況を調査することについて同意します。

年　　月　　日

| | |
|---|---|
| 住　　所 | 亀山市 |
| 氏　　名 | ※本人が署名しない場合は、記名押印してください。 |
| 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏　　名 | ※本人が署名しない場合は、記名押印してください。 |
| 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 電話番号 | |
| 携帯電話番号 | |
| 携帯電話番号 | |

| | |
|---|---|
| 被保険者番号 | 0 |
| 第1希望 | 月 |
| 第2希望 | 月 |
| どの日程でもよい | □ |

| | |
|---|---|
| 被保険者番号 | 0 |
| 第1希望 | 月 |
| 第2希望 | 月 |
| どの日程でもよい | □ |

のりしろ　　キリトリ

料金受取人払郵便

亀山局承認

026

差出有効期間
令和5年5月
15日まで

（切手不要）

5 1 9 - 0 1 9 0

亀山市本丸町５７７番地

亀山市市民文化部市民課 行

差出人

| | |
|---|---|
| 氏名 | |
| 住所 | 〒519- |
| 電話 | （　　） |

キリトリ

キリトリ

料金受取人払郵便

亀山局承認

027

差出有効期間
令和5年5月
15日まで

（切手不要）

5 1 9 - 0 1 9 0

亀山市本丸町５７７番地

亀山市市民文化部市民課 行

差出人

| | |
|---|---|
| 氏名 | |
| 住所 | 〒519- |
| 電話 | （　　） |

キリトリ

# 記入例

のりしろ

険脳ドック

令和5年度国民健康保険脳ドックについて
込みます。

受診希望者の氏名・生年月日
受診希望月をご記入ください。

## 国保（脳ドック）

受診者

| | |
|---|---|
| 氏　名 | 亀 山　太 郎 |
| 生年月日 | 昭和25 年 12 月 12 日 |
| 第1希 | 10 月 |
| | 11 月 |
| | □ |

世帯主の住所・氏名・生年月日
連絡先となる電話番号（可能な限り2か所）
被保険者証の記号番号（保険証右上の7桁の数字）
を記入漏れのないようにご記入ください。

世帯主

| | |
|---|---|
| 住　所 | 亀山市 本丸町577 |
| 氏　名 | 亀 山　太 郎 |
| | ※本人が署名しない場合は、記名押印してください。 |
| 生年月日 | 昭和25 年 12 月 12 日 |
| 電話番号 | 84−5006 |
| 携帯電話番号 | 090−1234−○×▽□ |
| 被保険者証記号番号 | 5 0 0 8 8 8 8 |

受診希望月があればご記入ください。
ただし、必ずしも希望に添えるとは限りません。
日程の希望がない場合は「どの日程でもよい」の
右欄の「□」に「✓」をいれてください。

| | |
|---|---|
| 氏　名 | 亀 山　花 子 |
| 生年月日 | 昭和25 年 12 月 12 日 |
| 第1希望 | 月 |
| 第2希望 | 月 |
| どの日程でもよい | ✓ |

のりしろ　キリトリ

---

# 記入例

のりしろ

高齢者医療保険
診申込書

令和5年度後期高齢者医療保険
り申し込みます。
なお、亀山市後期高齢者医療保
2条第2項の規定の施行に必要な限度において、市職員が市
税その他市の歳入の納付状況を調査することについて同意
します。

令和5 年 5 月 18 日

被保険者番号
（保険証上部の0から始まる8桁の数字）
をご記入ください。

## 後期（脳ドック）

| | |
|---|---|
| 被保険者番号 | 0 3 4 5 6 7 8 9 |
| 第1希望 | 10 月 |
| 第2希望 | 11 月 |
| | |
| 第1希望 | 月 |
| 第2希望 | 月 |
| どの日程でもよい | ✓ |

受診希望月があればご記入ください。
ただし、必ずしも希望に添えるとは限りません。
日程の希望がない場合は「どの日程でもよい」の
右欄の「□」に「✓」をいれてください。

| | |
|---|---|
| 住　所 | 亀山市 羽若町545 |
| 氏　名 | 亀 山　太 郎 |
| | ※本人が署名しない場合は、記名押印してください。 |
| 生年月日 | 昭和18 年 5 月 1 日 |
| | 山　愛 子 |
| | ください。 |
| | 日 |
| | ○× |
| 携帯電話番号 | −1234−□○○× |
| 携帯電話番号 | 90−1234−□○○× |

受診者の住所・氏名・生年月日
連絡先となる電話番号・携帯電話番号
を記入漏れのないようにご記入ください。

のりしろ　キリトリ


亀山市のけんしん P2〜7
受診券 P8〜9
集団検診 P10〜17
個別検診 P18〜19
けんしんを受けた後は P20〜21
国民健康保険・後期高齢者医療制度加入者の方へ P22〜33
お口の健康 P34〜35
がんを予防しましょう P36〜40
かめやま健康なび P41
予防接種 P42〜45
母子保健サービス P46〜49
こころの健康 P50
急な病気やケガなどの時 P51