





長崎市国民健康保険にご加入のかたへ (問合せ) 国民健康保険課 ☎829-1225

募集項目	人間ドック・脳ドック (前期) ※ (後期) 募集は10月	歯科健診 
対象者	昭和23年7月2日～平成6年3月31日までにお生まれのかた	①一般 (満18歳から74歳のかた) ②幼児 (満2歳から6歳までの未就学児)
定員	990人 (定員を超えた場合は抽選)	150人 (定員を超えた場合は抽選)
助成金額	30代のかたは17,000円 40歳以上のかたは26,300円	400円
自己負担額	医療機関により異なる (お選びいただいたコースの健診費用と助成金額の差額)	う蝕診査・歯周診査・粘膜診査・顎関節疾患及び保健指導
受診期間	令和5年7月1日から令和5年12月31日まで (※ただし、昭和23年生まれのかたは、誕生日の前日までの受診)	令和5年7月1日から令和6年3月31日まで
助成条件	①事前に国民健康保険課へ申し込み、助成決定通知書の送付を受けていること。 ②40歳以上のかた (今年度40歳になるかたを含む) は、令和5年4月1日以降に特定健診を受診していないこと。 ③令和4年度までの国民健康保険税を滞納している世帯に属していないこと。	①令和4年度までの国民健康保険税を滞納している世帯に属していないこと。
注意事項	ドック受診の際には特定健診も一緒に受けていただきます。 ドック受診日に長崎市国民健康保険の資格がない場合は助成ができません。 助成決定通知書の複数回利用はできません。お選びいただいた1つのコースへの助成となります。	6～7ページでご案内している特定健診グループけん診会場で実施する歯科健診 (無料) とこの歯科健診を両方受診することはできません。

● 申込から受診までの流れ

①申込み	申込期限	②助成対象者の決定	③予約	④受診
下記申込書を記載し、封筒に入れて国民健康保険課へ郵送 	令和5年5月12日 (金) ※当日消印有効	6月19日頃予定 助成決定者に対し、助成決定通知書・実施医療機関一覧表を送付 ※落選のかたにも通知を送付	令和5年7月1日から令和5年12月31日 助成決定者は、送付された「実施医療機関一覧表」から、受診する医療機関およびコースを1つ選び、医療機関に直接予約 	
申込先: 〒850-8685 長崎市役所国民健康保険課 ドック担当行 ※住所不要				

※裏面に助成申込書の記載時の注意事項や人間ドック・脳ドックQ&Aを掲載しております。

✂ ----- 切り取り線 (太枠内を記載してください) ----- ✂

令和5年度 長崎市国民健康保険 助成申込書				長崎市受付欄 (※記入不要)
1	被保険者番号(右詰め) ^{※1} ながさき	氏名	ふりがな	生年月日 S・H・R 年 月 日
	助成希望種類 <input type="checkbox"/> 人間ドック・脳ドック <input type="checkbox"/> 歯科健診	※左の希望する種類に✓を入れること		
2	被保険者番号(右詰め) ^{※1} ながさき	氏名	ふりがな	生年月日 S・H・R 年 月 日
	助成希望種類 <input type="checkbox"/> 人間ドック・脳ドック <input type="checkbox"/> 歯科健診	※左の希望する種類に✓を入れること		
住所	〒 - 長崎市		日中連絡のつく 電話番号	
今回の助成を申し込むにあたり、長崎市が私の国民健康保険税の滞納情報を確認することに同意します。 ^{※2} 世帯主氏名 _____				

※1 被保険者番号は被保険者証をご確認のうえ、枝番まで記入してください。(420018は被保険者番号ではありません)

※2 同意されない場合は、完納証明書(一通300円)をご提出していただく必要がございます。