

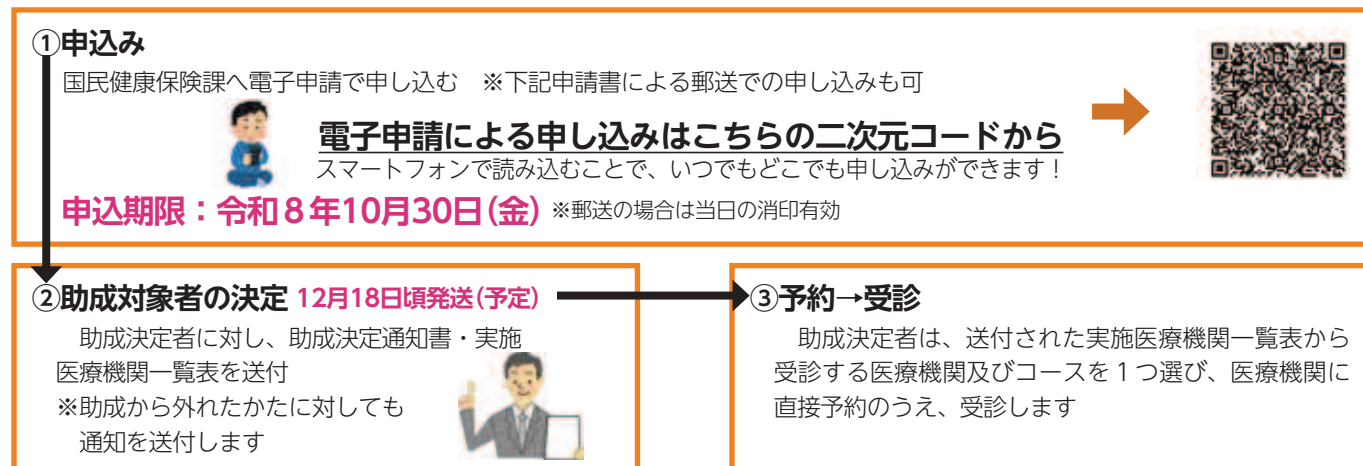
# 令和8年度人間ドック・脳ドック(後期)、歯科健診の受診者募集

## ◆長崎市国民健康保険にご加入のかた限定

お問い合わせ：国民健康保険課(☎095-829-1225)

| 人間ドック・脳ドック(後期) |                                                                                                                                        | 歯科健診     |                                                                                                       |
|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対 象 者          | 昭和27年1月2日から平成9年3月31日までにお生まれのかた                                                                                                         | 対 象 者    | ①一般(満18歳から74歳のかた)<br>②幼児(満2歳から6歳までの未就学児)                                                              |
| 定 員            | 450人(定員を超えた場合は抽選)                                                                                                                      | 定 員      | 60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<br>40歳以上のかたは26,780円(特定健診分含む)                                                                                            | 検査内容     | う蝕診査・歯周診査・粘膜診査・顎関節疾患及び保健指導                                                                            |
| 自 己 負担 額       | 医療機関により異なる<br>(選択コースの健診費用と助成金額の差額)                                                                                                     | 自 己 負担 額 | 400円                                                                                                  |
| 受診期間           | 令和9年1月1日から令和9年3月31日まで<br>※ただし、昭和27年1月2日から昭和27年3月31日までにお生まれのかたは、誕生日の前日までの受診                                                             | 受診期間     | 令和9年1月1日から令和9年3月31日まで                                                                                 |
| 助成条件           | ①事前に助成決定通知書の送付を受けていること。<br>②40歳以上のかた(今年度40歳になるかたを含む)は、令和8年4月1日以降に特定健診を受診していないこと。<br>③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。                        | 助成条件     | 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           | 人間ドックと特定健診を同時に受けていただきます。(40歳以上のかたは「特定健康診査受診券」が必要です。お手元がない方はご連絡ください。)<br>受診日に長崎市国民健康保険の資格がない場合は助成できません。<br>助成決定通知書は1回限り有効、1つのコースへの助成です。 | 注意事項     | 特定健診集団健(検)診日程に記載の会場にて実施する歯科健診(無料)とこの歯科健診を両方受診することはできません。<br><br>広報ながさき4月号にて募集しましたが、定員に空きがあるため再度募集します。 |

## ●申し込みから受診までの流れ



----- ✂ ----- 切り取り線(太枠内を記載のうえ、封書にてお申し込みください) ----- ✂ -----

あて先：〒850-8685 長崎市国民健康保険課 ドック担当行 ※住所不要

| 令和8年度 長崎市国民健康保険 助成申込書                                                                                                                                                                    |                                                                   |     |                                                                                                        | 長崎市受付欄<br>(※記入不要) |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 被保険者番号(右詰め) ※1                                                                                                                                                                           |                                                                   | 氏 名 | ふりがな                                                                                                   | 生年月日              |
| ながさき                                                                                                                                                                                     |                                                                   |     |                                                                                                        | S・H 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                                                                                                                                                                                      | 〒 -<br>長崎市                                                        |     | 日中連絡のつく<br>電話番号                                                                                        |                   |
| 今回の助成を申し込むにあたり、長崎市が世帯主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<br> 右欄にサインをお願いします。<br>裏面の注意事項をご確認のうえ、ご記入をお願いします。 |                                                                   |     |                                                                                                        |                   |
|                                                                                                                                                                                          |                                                                   |     | 世帯主氏名                                                                                                  |                   |

※1 被保険者番号は資格確認書等をご確認のうえ、記入してください。分からない場合は空欄でも構いません。(  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、世帯主の完納証明書(一通400円)をご提出していただく必要がございます。