

# 令和7年度 東員町各種検診申し込み書 記入例

※東員町での検診を希望する方は、希望する検診項目(氏名横の空白欄)に○印を記入します。

枠内に「\*\*\*」印が記入されている検診は、対象外のため受診することができません。

(例1) 東員 太郎 76歳	後期高齢者医療保険加入者	後期高齢者健康診査、肺がん、胃がん、前立腺がんを町(保健福祉センター)で受けたい
(例2) 東員 花子 65歳	国民健康保険加入者	特定健康診査、胃がん、大腸がん、乳がん、骨粗鬆症を町(保健福祉センター)で受けたい
(例3) 東員 二郎 45歳	社会保険加入者	会社で検診を受けるため、町では受けない
(例4) 東員 町子 43歳	国民健康保険加入者	子宮頸がん、乳がんを町で受けたい(特定健康診査は委託医療機関で受けたい)
(例5) 東員 三朗 40歳	国民健康保険加入者	人間ドックを受けたい



## 注意事項

- ◎電話番号は必ず記入をお願いします。  
→記入内容等で不明な点があった場合、お電話にて直接問い合わせる場合があります。
- ◎町での検診を1つも希望しない方も、右端欄のA~Fに○印をつけてご返信いただきますようお願いいたします。
- ◎記入等に関し不明な点はお問い合わせください。  
(検診専用ダイヤル 0594-86-2803)



連絡する場合がありますので電話番号を記入してください。

住所 東員町	後期高齢者医療保険加入者	国民健康保険加入者		対象年齢の方全員									町での検診を希望しない方
	1 後期高齢者健康診査	2 国保特定健康診査 ※下記(1)(2)で受診をご希望の方は○印をつけてください。		3 肺がん・結核	4 胃がん	5 大腸がん	6 子宮頸がん	7 乳がん	8 前立腺がん	9 骨粗鬆症			
電話番号を記入してください 【0594】86-2803	75歳以上(S25.8.31以前)	40~74歳(S25.9.1~S61.3.31)		40歳以上(S60.4.1以前)	40歳以上(S60.4.1以前)	40歳以上(S60.4.1以前)	20歳以上(H17.4.1以前)	40歳以上(S60.4.1以前)	55歳以上(S45.4.1以前)	40,45,50,55,60,65,70歳			
自己負担金	裏面1参照	裏面2参照	1000円	無料	500円	500円	1000円	1000円	500円	300円			
氏名 (例1) 東員 太郎 76歳	○	***	***	○	○		***	***	○	***	***	A・B・C・D・E・F ( )	
氏名 (例2) 東員 花子 65歳	***	***	○	⊗	○	○		○	***	○	***	A・B・C・D・E・F ( )	
氏名 (例3) 東員 二郎 45歳	***	***	***				***	***	***			Ⓐ・B・C・D・E・F ( )	
氏名 (例4) 東員 町子 43歳	***						○	○	***	***	***	A・B・C・D・E・F ( )	
氏名 (例5) 東員 三朗 40歳	***	○		(人間ドックを希望する方はここには記入しないでください)			***	***	***	***	***	A・B・C・D・E・F ( )	

(例1)東員 太郎 76歳 後期高齢者医療保険加入者

- 65歳以上の方は、「肺がん・結核」が全員対象となりますので○印が記入されています。
- 「後期高齢者健康診査」を町で希望する場合は、その他のがん検診も同日に受けられます。  
※「後期高齢者健康診査」を委託医療機関(かかりつけ医)で希望する場合は申込不要です。

(例2)東員 花子 65歳 国民健康保険加入者

- 65歳以上の方は、「肺がん・結核」が全員対象となりますので○印が記入されています。(但し、会社や病院等で検診を受ける場合は、○印の上に「⊗」を記入してください。例 ⊗)
- 「特定健康診査」を町で希望する場合は、その他のがん検診も同日に受けられます。  
※但し、「骨粗鬆症」のみ別時期となります。

(例3)東員 二郎 45歳 社会保険加入者

- 会社や病院等で検診を受ける場合、町の検診を受ける必要はありません。「町での検診を希望しない方」の当てはまる項目の記号に○印をつけてください。  
※1つも希望しない場合のみ記入してください。

(例5)東員 三朗 40歳 国民健康保険加入者

- 「人間ドック」を希望する場合は、検診項目の中に「肺がん・胃がん・大腸がん検診」が含まれているため、町(保健福祉センター)での検診は対象外となります。  
案内通知がお手元に届き次第、各自で希望する指定医療機関に予約をし、受診してください。

1.後期高齢者健康診査  
2.(2)国保特定健康診査  
保健福祉センターで受ける方のみ○をつけてください。  
◆上記1.2.(2)の健診で、かかりつけ医など委託医療機関で受ける場合○をつけない(裏面1.2参照)

(例4)東員 町子 43歳 国民健康保険加入者

- 乳・子宮頸がんは、同日に受けることができます。
- 「国保特定健康診査」をかかりつけ医等委託医療機関で希望する場合は申込不要です。  
案内通知がお手元に届き次第、各自で希望する委託医療機関に予約をし、受診してください。

●検診を希望しない方●  
検診に関する実態調査のため、受診意向調査を実施しています。  
町での検診を1つも希望しない場合、その理由として当てはまる記号に○印をつけてください。

A. 会社(勤務先)で受ける  
B. 病院で受ける(人間ドックを受ける・検診ではないが定期的に受診している)  
C. 経過観察中  
D. 治療中・通院中  
E. 入所中・入院中  
F. その他( )

# 令和7年度 東員町各種検診のご案内

◆**検診は、病気を早期に発見し、早期に治療へとつなげるためのものです。すでに自覚症状のある方は検診を待つのではなく、医療機関を受診してください。**

	1. 後期高齢者健康診査	2. 国保特定健康診査	2.(1) 人間ドック	3. 肺がん・結核	4. 胃がん	5. 大腸がん	6. 子宮頸がん	7. 乳がん	8. 前立腺がん	9. 骨粗鬆症
対象者	75歳以上の方 (S25.8.31以前生)	40～74歳の 国民健康保険加入者 (S25.9.1～S61.3.31生)	40～74歳の 国民健康保険加入者 (S25.9.1～S61.3.31生)	肺がん:40～64歳の方 (S35.4.2～S60.4.1) 肺がん・結核:65歳以上 の方(S35.4.1以前生)	40歳以上の方 (S60.4.1以前生)	40歳以上の方 (S60.4.1以前生)	20歳以上の女性の方 (H17.4.1以前生)	40歳以上の女性の方 (S60.4.1以前生)	55歳以上の男性の方 (S45.4.1以前生)	40歳 45歳 50歳 55歳 60歳 65歳 70歳 の方
検査内容方法	問診 診察 身体計測 血圧測定 血液検査 尿検査 心電図検査	問診 診察 身体計測 血圧測定 血液検査 尿検査 心電図検査 貧血検査	◎人間ドックについて、 健診費用のうち特定健康診査費用 (10,000円程度)は町(国民健康保険) が負担し、その差額が自己負担になります。	問診 胸部X線撮影 ※必要時、喀痰検査	問診 胃X線撮影 (バリウム造影)	問診 便潜血反応 (2日間便を採取)	問診 子宮頸部の細胞診	問診 マンモグラフィ	問診 血液検査(PSA検査)	問診 超音波検査
注意点	◎健診の前日は、過度な 飲食やアルコールの摂 取、激しい運動は控え ましょう。  ※かかりつけ医等県内の 委託医療機関で受診 する場合は【 <b>申込不要</b> 】 です。6月中旬に通知をお 送りする予定です。  ※保健福祉センターで 受診する場合は、 【 <b>申し込みが必要</b> 】です。 別添「東員町各種検診 申し込み書」にご記入 の上、役場健康長寿課 までお送りください。	◎健診の前日は、過度な 飲食やアルコールの摂 取、激しい運動は控え ましょう。  ◎年度中に75歳になる方 は、75歳の誕生日前日 まで受けることができます。  ※かかりつけ医等県内の 委託医療機関で受診 する場合は【 <b>申込不要</b> 】 です。6月中旬に通知をお 送りする予定です。  ※保健福祉センターで 受診する場合は 【 <b>申し込みが必要</b> 】です。 別添「東員町各種検診 申し込み書」にご記入 の上、役場健康長寿課 までお送りください。	◎お申し込みされた方 へは6月中旬に個人通 知します。案内が届 き次第、下記各医療 機関へ直接お申し 込みください。 ただし、医療機関に よって、人数制限が ありますので、ご了 承ください。	◎妊娠中または妊娠 の疑いのある方の受 診はご遠慮ください。  ※65歳以上の方の 肺がん・結核検診は 1度の撮影で両方を 判定します。  ※喀痰検査は、希望さ れる方全員が受診 できるのではなく、問 診の結果、一定基 準を満たし必要と 判断された方のみ が対象となります。  ↓ (喫煙指数(1日の 喫煙本数×喫煙 年数)が600以上 の方)	◎胃の手術を受けられ た方の受診はご遠 慮ください。  ◎検診前日の21時 から検診時までは 絶飲食・禁煙となり ます。 (絶飲食・禁煙がな されていないと、受 診できない場合に あります。)	◎生理中の方(採便 時)の受診はご遠慮 ください。  ◎2日間分の便を採取 していただきます。 1日分のみの場合、 精密な検査が行え ない場合があります ので、ご注意ください。  ◎病院にて経過観察 中の方の受診はご 遠慮ください。	◎検査方法上、痛み や若干の出血を伴う 場合がありますので ご了承ください。  ◎妊娠中または妊娠 の疑いのある方、生 理中の方の受診は ご遠慮ください。  ◎病院にて経過観察 中の方の受診はご 遠慮ください。  ◎子宮全摘出されて いる方は、主治医と ご相談の上受診し てください。	◎検査方法上、痛みを 伴う場合があります のでご了承ください。  ◎妊娠中または妊娠 の疑いのある方、授 乳中の方の受診は ご遠慮ください。  ◎病院にて経過観察 中の方の受診はご 遠慮ください。  ◎豊胸術をされた方 (シリコン・ヒアルロ ン酸注入等)の受診は ご遠慮ください。  ◎ペースメーカー装着 の方の受診はご遠 慮ください。	◎前立腺疾患で治療 中の方、前立腺を摘 出された方の受診 はご遠慮ください。  ◎PSAはがん以外の 疾患でも上昇する 場合や、がんでも上 昇しない場合があります。 あくまで、体の 中にがんが存在す るかを判断する際に 補助となる検査で す。	◎裸足になりくるぶし の部分で測定しま す。(女性の方は、タ イツ・ストッキング等 着脱に時間のかか るものはご遠慮く ださい。)
推奨受診間隔	年1回	年1回		年1回	年1回	年1回	2年に1回	2年に1回	2年に1回	
実施場所	県内委託医療機関 または 保健福祉センター	県内委託医療機関 または 保健福祉センター	☆桑名市総合 医療センター ☆ヨナハ健診クリニック ☆いなべ総合病院	各自治会巡回 または 保健福祉センター (健康診査と同時 受診の方のみ)	保健福祉センター	保健福祉センター	保健福祉センター	保健福祉センター	保健福祉センター	保健福祉センター
実施時期	7～11月 保健福祉センターで 受診する場合 8～9月 ※がん検診と同日に実施	7～11月 保健福祉センターで 受診する場合 8～9月 ※がん検診と同日に実施	7～11月	10月 ※後期高齢者・特定健 康診査を保健福祉セ ンターで受診する場合 8～9月	1月 ※後期高齢者・特定健 康診査を保健福祉セ ンターで受診する場合 8～9月	1月 ※後期高齢者・特定健 康診査を保健福祉セ ンターで受診する場合 8～9月	7～8月	7～8月	1月 ※後期高齢者・特定健 康診査を保健福祉セ ンターで受診する場合 8～9月	1月
自己負担金	無 料	1000円	医療機関により 異なります	無料 ※喀痰検査は 別途500円	500円	500円	1000円	1000円	500円	300円
問い合わせ先	東員町役場 保険年金課 TEL:0594-86-2805			東員町役場 健康長寿課 TEL:0594-86-2803 (検診専用ダイヤル)						

年齢基準日:令和7年4月1日現在

◆受診された検診結果及び精密検査結果は、検診実施医療機関とその属する医師会、精密検査実施医療機関及び町で共有されます。これは病気の早期発見、早期治療、保健指導の実施及び検診精度の向上を目的としています。

個人情報保護に留意し、目的外には使用しませんので、このことに同意された上で申込・受診してください。

◆予定は変更する場合がありますので、ご了承ください。