

申込制

区で実施している下記の健診(検診)は区への**申込制**です。(過去に申し込みをされている方は、原則申込不要です。*)
 申込方法は裏面をご覧ください。
 申込期間は、平成29年6月1日～平成30年2月9日。受診期限は、平成30年2月28日までです。

健診(検診)の名称	対象年齢・条件 年齢基準日 平成30年3月31日	健診(検診)内容	自己負担金
健康づくり健診	35歳～39歳と 40歳以上の生活保護受給者等	問診・身体測定・理学的所見・血圧測定・ 血液検査・尿検査・心電図・胸部X線検査	500円
大腸がん検診	40歳以上	便潜血反応検査(2日法)	200円
胃がん検診 (胃部X線検査)	40歳以上 2年に1回	問診・胃部X線検査(バリウム検査)	1,000円
子宮頸がん検診	20歳以上の女性 2年に1回	問診・視診・細胞診検査	1,000円
乳がん検診	40歳以上の女性 2年に1回	問診・視触診検査・ 乳房X線検査(マンモグラフィ検査)	1,000円
成人歯科健診	35歳～75歳	問診・口腔内診査(歯肉・歯・あご等)	200円
肝炎ウイルス検査 (医療機関への申し 込みとなります)	40歳以上の過去に肝炎ウイルス 検査を受けたことがない方で、国保 特定健診・長寿健診・健康づくり健診 を受診される方	B型肝炎ウイルス検査 C型肝炎ウイルス検査	無 料

受診場所 区が委託する医療機関で受診します。ただし、胃部X線検査は区内施設で指定の日時に受診します。

自己負担金 平成28年度特別区民税非課税世帯の方、生活保護受給世帯、中国残留邦人の方は、自己負担金が免除になります。これに該当し、受診券の自己負担金欄に「免除」の記載のない方はお問い合わせください。

受診券 申し込みから1週間程度で送付します。
 ※申込制の健診は**2回連続**で受診しない場合、受診するには再度申し込みが必要になります。

【問合せ】中野区 健康推進分野 区民健診担当
 TEL 03-3228-5599 03-3228-5414 FAX 03-3228-5626

平成29年度 健診 申込書

赤枠線内を記入してください

申込期限：平成30年2月9日

申 込 日	平成		年		月		日
住 所							
フリガナ							
氏 名							
電話番号							
生年月日	明・大・昭・平		年		月		日
年 齢	歳(平成30年3月31日現在の年齢)						

ご記入後、裏面に貼付されている「個人情報保護シール」を貼りつけてください

◆受診を希望する健診の申込欄に○をつけてください

健 診 名	申 込 欄
健康づくり健診	35歳～39歳 生活保護受給者及び 中国残留邦人等で40歳以上
胃がん検診(胃部X線検査)	40歳以上
大腸がん検診	40歳以上
乳がん検診	40歳以上女性
子宮頸がん検診	20歳以上女性
成人歯科健診	35歳～75歳

申込不要

申込不要の健診(検診) 対象の方には、受診券を送付いたします。

健診(検診)の名称	対象年齢・条件 年齢基準日 平成30年3月31日	健診(検診)内容	自己負担金
国保特定健診	40歳～75歳の中野区国民健康 保険加入中の方	問診・身体測定・理学的所見・血圧測定・ 血液検査・尿検査・心電図・胸部X線検査	500円
長寿(後期高齢者) 健診	後期高齢者医療被保険者証を お持ちの方		500円
眼科検診	45・55・65歳	問診・屈折検査・矯正視力検査・精密眼圧検査・ 精密眼底検査・細隙灯顕微鏡検査(前眼部)	400円
胃がんハイリスク 診査	40・45・50・55・60・65・70・75歳	問診・血液検査(血清ペプシノゲン検査、 血清ヘリコバクターピロリIgG抗体検査)	500円