

## 入力フォーム

1 入力

2 確認

3 完了

令和8年度短期人間ドック健診費助成申請を開始します。下記のフォームにご入力をお願いします。

## 【確認事項】

- 受診日に館林市国民健康保険および後期高齢者医療保険に加入しているかたに限ります
- 受診結果について市が検診機関から報告を受け、健康相談等の資料として利用することに了承できるかたに限ります
- 国民健康保険税および後期高齢者医療保険料を完納されているかたに限ります
- 受診は年度内1人1回のみです
- 対象外の方による申請については、申請を取り下げとして扱います

※受診時までには被保険者でなくなった場合は受診できません

※短期人間ドックを受診されたかたは、令和8年度に実施する国民健康保険特定健康診査・後期高齢者健康診査を受診できません

 上記内容に同意し、申請を行います。

確認事項に同意の上、チェックボックスを押下してください。

Q1.受診希望者情報 に氏名、住所、電話番号、生年月日を入力します。

生年月日はカレンダーより選択できます。

**Q1. 受診希望者情報**

**氏名**

氏 必須 館林 2 / 64

名 必須 太郎 2 / 64

**住所**

郵便番号 必須 3748501 7 / 8

都道府県 必須 群馬県 7 / 8

市区町村 必須 館林市 3 / 64

番地 必須 城町1-1 5 / 64

マンション・部屋番号 0 / 64

**電話番号**

電話番号 0276724111 10 / 15

**生年月日**

生年月日 必須 1985-01-01

1985年(昭和60年)	1985年(昭和60年)	1985年(昭和60年)
1988年(昭和63年)	< 1985年(昭和60年) >	< 1985年(昭和60年)01月 >
1987年(昭和62年)	1月 2月 3月	日 月 火 水 木 金 土
1986年(昭和61年)	4月 5月 6月	1 2 3 4 5
<b>1985年(昭和60年)</b>	7月 8月 9月	6 7 8 9 10 11 12
1984年(昭和59年)	10月 11月 12月	13 14 15 16 17 18 19
1983年(昭和58年)		20 21 22 23 24 25 26
1982年(昭和57年)		27 28 29 30 31

Q2.で選択した医療機関によって、後の質問項目が変わります。

**Q2. 希望する医療機関を選択してください。** 必須

- 公立館林厚生病院
- 慶友健診センター
- 明和セントラル病院健診センター
- 新橋病院
- 館林記念病院

【公立館林厚生病院を選択した場合】

**Q3. 胃カメラを希望しますか ※別料金 4,400円(税込)** 必須

- 胃カメラ (鼻)
- 胃カメラ (口)
- バリウム
- 希望しない

**Q5. 脳ドックを希望しますか ※別料金 33,000円(税込)** 必須

- はい
- いいえ

**Q6. 受診を希望する月を3つまで選択してください。**

※公立館林厚生病院に申請した場合は、医療機関が受診日を決定し、市から決定通知を送付します。受け入れ人員等の関係上、必ずしも受診希望月に利用できないことがありますので、あらかじめご了承ください

- 令和8年5月
- 令和8年6月
- 令和8年7月
- 令和8年8月
- 令和8年9月
- 令和8年10月
- 令和8年11月
- 令和8年12月
- 令和9年1月
- 令和9年2月
- 令和9年3月

【慶友健診センターを選択した場合】

**Q4. 胃カメラを希望しますか ※別料金 5,500円(税込)** 必須

- 胃カメラ
- バリウム
- 希望しない

**Q7. 受診を希望する月を2つまで選択してください。**

※受け入れ人員等の関係上、必ずしも受診希望月に利用できないことがありますので、あらかじめご了承ください

- 令和8年6月
- 令和8年7月
- 令和8年8月
- 令和8年9月
- 令和8年10月
- 令和8年11月
- 令和8年12月
- 令和9年1月
- 令和9年2月
- 令和9年3月

明和セントラル病院健診センター、新橋病院、館林記念病院を選択した場合、オプション選択には推移せず、下記の文章が表示されます。

公立館林厚生病院または慶友健診センターを選択し、オプション・希望月を選択後も同様の画面になります。

以上となります。ありがとうございました。

内容を審査後、2週間以内にご自宅に向けて申請控えを発送いたします。  
申請控えをもとに、後日申請者本人が直接、希望する医療機関に電話で予約することになります。

※申請内容について確認が必要な場合は、ご連絡する場合があります  
※胃カメラなどのオプション検査について詳細は直接医療機関へご確認ください

→ 確認画面へ進む

📄 入力内容を一時保存する

「確認画面へ進む」を押下します。

1 入力

2 確認

3 完了

**入力内容確認**

上記内容に同意し、申請を行います。

**Q1. 受診希望者情報**

氏名 館林 太郎  
住所 〒3748501 群馬県 館林市 城町1-1  
電話番号 0276724111  
生年月日 1985年1月1日

**Q2. 希望する医療機関を選択してください。**

新橋病院

← 1つ前の画面に戻る

→ 送信

内容を確認の上、「送信」を押下してください。