令和3年度　母子家庭人間ドック実施要領

＜趣　　旨＞　仕事・家庭・子どもの教育などあらゆる面で課題を抱える母子家庭の母親の健康管理の一助として、京都第一赤十字病院、日本赤十字社京都府支部の御厚意により、半日の人間ドック(健診)を実施するものです。

＜実施主体＞　京都第一赤十字病院・日本赤十字社京都府支部、京都府、(福)京都府母子寡婦福祉連合会

＜対　　象＞　①現に児童扶養手当を受給している母子家庭の母親(令和3年4月1日時点での受給者)
②京都府内(京都市を除く。)に居住する満30歳以上65歳未満の者(令和3年4月1日現在)
③過去に母子家庭人間ドックを受診した者にあっては、昨年度に受診をしていない者

＜実施場所＞　京都第一赤十字病院健診センター　(京都市東山区本町15丁目749番地)

＜実施時期＞　令和4年1月～令和4年3月〔年始(令和4年1月1日～令和4年1月3日)は休み〕のうち、土・日曜日、祝日を除く平日の午前中

＜応募方法＞　**下記の申込書に必要事項を記入し、84円切手を貼った返信用封筒を添えて市町村母子家庭等担当課又は該当の京都府各保健所福祉課あて申し込んでください。**
(申込書の提出先の各保健所の所管・所在地・電話番号はこの用紙の下段に記載しています。)

＜募集定員＞　８０名　(定員を超える場合は、受診できない場合があります。なお、**受診の可否については、所管の保健所から、後日、お知らせします。**)

＜申込締切日＞　**令和3年8月31日(火)(必着)**

＜検査の日時と結果の通知＞申込み締め切り後、受診希望者の名簿を京都府が取りまとめの上、京都第一赤十字病院に提出します。受診の可否については府保健所から連絡(通知)し、検査の日時、検査に関する注意書き及び問診票等が検査機関から後日郵送されますのでその指示に従ってください。検査の結果は、検査終了後2～3週間後に「検査成績書」が直接本人に総合判定として郵送されます。

＜検査項目＞尿検査、便検査、血液検査、胸部レントゲン、胃透視(**バリウム検査**)、心電図検査、内科・子宮頸がん検査
※乳がんに係るマンモグラフィー検査等は、受診者の負担になりますのでご注意願います。

＜そ の 他＞　① **検査に伴う自己負担額は無料**(人間ドックの検診には健康保険は使用できません。)ですが、精密検査(再検査)及び交通費は本人負担となりますので御承知願います。
② 受診日は、申し込みの希望日とならない場合もありますので御了解ください。なお決定になった受診日に必ず受診し、**どうしても都合が悪くなった場合は、必ず早めに京都第一赤十字病院健診センターにその旨連絡して下さい。連絡なしに受診しないことは病院に多大な御迷惑をおかけすることになりますので絶対に避けて下さい。特段の事情無く当日キャンセルをされた場合は、来年度以降本人間ドックの申込みができなくなります。**
③ **受診者は、検査項目の全てを受検して下さい。(特定項目のみの受検はできません)**

＜問い合わせ＞　受診の申込みについて・・・・・最寄りの京都府各保健所福祉課
検査の実施について・・・・・・・京都第一赤十字病院健診センター　075-561-1121(内線3400・3401)

○ **受診申込先・連絡先＜京都府内各保健所＞**

保健所・担当室名	電話番号	所　在　地	管内市町村名
乙訓保健所・福祉課	075-933-1154	〒617-0006 向日市上植野町馬立８	向日市、長岡京市、大山崎町
山城北保健所・福祉課	0774-21-2102	〒611-0021 宇治市宇治若森７－６	宇治市、城陽市、久御山町
山城北保健所(綴喜分室)	0774-63-5745	〒610-0331 京田辺市田辺明田１	八幡市、京田辺市、井手町、宇治田原町
山城南保健所・福祉課	0774-72-0979	〒619-0214 木津川市木津上戸18-1	木津川市、笠置町、和束町、精華町、南山城村
南丹保健所・福祉課	0771-62-0361	〒622-0041 南丹市園部町小山東町藤ノ木21	亀岡市、南丹市、京丹波町
中丹西保健所・福祉課	0773-22-5766	〒620-0055 福知山市篠尾新町一丁目91	福知山市
中丹東保健所・福祉課	0773-75-0856	〒624-0906 舞鶴市倉谷1350-23	綾部市、舞鶴市
丹後保健所・福祉課	0772-62-4302	〒627-8570 京丹後市峰山町丹波855	宮津市、京丹後市、与謝野町、伊根町

令和3年度 母子家庭人間ドック受診申込書

▶ 申込日　令和　　年　　月　　日　　▶ 保健所受付日　令和　　年　　月　　日

ふりがな		生年月日	昭和・平成　年　月　日生
氏　名		(年齢)	(　　歳)
住　所	〒　－ 市 町・村		
電話番号	[携帯　　] [固定　　] (日中に連絡が取れる電話番号を記載願います。)		

受診希望日　※希望する日(土・日・祝日を除く。)を第３希望まで全て記入してください。

○第1希望日　令和　４年　　月　　日(　)
○第2希望日　令和　４年　　月　　日(　)
○第3希望日　令和　４年　３月　　日(　)

※ 第3希望日は必ず3月の実施期間内で選択してください。

質問事項	質　問　欄	回 答 欄 (該当する番号に○印を記入願います。)
※右欄の質問にお答え願います。 (　)内には記号・番号等を記載願います。	1．申込時点で児童扶養手当を受給していますか。	1．している　　2．していない (受給者番号　　)
	2．過去にこの母子家庭人間ドックを利用されましたか。	1．利用した　　2．利用していない (受診日　　年　　月頃)
	3．あなたの加入している医療保険加入者番号を記入願います。	1．国民健康保険 (記号　　番号　　) 2．厚生年金保険 (記号　　番号　　) 3．共済組合 (記号　　番号　　) 4．その他(具体的に記載願います。) [　　]
	4．あなたの加入している医療保険の被保険者区分を教えてください。	1．本人　　2．家族
	5．京都第一赤十字病院の診察券はお持ちですか。	1．持っている　　2．持っていない (診察券番号　　)

1　受診が決定した場合は全ての検査項目を受診し、どうしても都合が悪くなった場合は、早めに京都第一赤十字病院健診センターに連絡することを誓約します。
2　受診の有無にかかる情報を京都府に提供することについて、同意します。

署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿