

令和8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。

〈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令和8年4月1日時点で児童扶養手当を受給している者
②令和8年4月1日時点で満30歳以上65歳未満の者で、京都府内(京都市を除く。)に居住する者
③昨年度に母子家庭人間ドックを受診していない者

〈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9年1月～令和9年3月[年始(1月1日～1月3日)は休み]のうち、土日祝日を除く
平日の午前中(原則、受付時間は8時～8時30分まで)

〈応募方法〉 Web 申込又は右側の申込書に必要事項を記入し、110円切手を貼った返信用封筒を添えてお住いの市町村母子家庭等担当課又は最寄りの京都府保健所福祉課あてお申し込みください。(Web 申込の方は QR コードよりお申し込みください)

〈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。)
受診可否について、令和8年11月2日(月)以降に Web 申込の方はシステム上に結果をお知らせします。申込書で申込の方は所管の保健所からお知らせします



〈申込締切日〉 令和8年8月31日(月)(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(バリウム検査又は※胃カメラ)、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検査等は、受診者の負担になりますのでご注意ください。
※胃透視で胃カメラを選ばれた場合、別途3,300円の費用が発生しますので、検査当日、京都第一赤十字病院健診センターにて上記費用をお支払いください。なお、胃カメラは経口のみとなります。

〈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、胃カメラ)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)
④ お子様の同伴はご遠慮ください。

〈問い合わせ〉 受診の申込みについて・・・最寄りの京都府保健所福祉課
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 18-1	木津川市、笠置町、和東町、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8年度 母子家庭人間ドック受診申込書

▶ 申込日 令和 年 月 日

▶ 受付日 令和 年 月 日

フリガナ			
氏名		生年月日	昭和・平成 年 月 日生
住所	〒 市 町・村		
連絡先	〔携帯 〕 (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 9年 月 日 ()

○第2希望日 令和 9年 月 日 ()

○第3希望日 令和 9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. 令和8年4月1日時点で児童扶養 手当を受給していますか。	1. している (受給者番号) 2. していない
	2. 過去にこの母子家庭人間ドック を受診されましたか。	1. 受診した (受診日 年 月頃) 2. 受診していない
	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 (診察券番号) 2. 持っていない
	6. 胃カメラを希望されますか。 ※別途3,300円の費用が必要となります。 (経口のみ)	1. 希望する 2. 希望しない

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 _____