

令和4年度総合健診申込書

* 希望する項目に○印を記入してください。

■同一項目が受診できるのは、年度に1回限りです。

■健診希望日の申込締切日(日程表参照)までに子育て・健康課健康増進係へ提出ください。

申込者		保険の種別等	年齢区分	健診項目											備考欄		
				特定健康診査・ 社会保険除く	胸部が CR 人	大腸 が ※40歳以上 人	胃 が ※40歳以上 人	腹部 超音波	肝炎検査 ※40歳以上		男性 前立腺 が ※40歳以上 人	女性 子宮頸 が 人		骨粗しょう 症		乳がん	
【住所】	【電話】			無料	★ 800円	★ 400円	★ 900円	有料 2,300円	★ 100円	★ 300円	有料 1,100円	★ 700円	有料 900円	有料 1,700円	★ 1,700円	有料 3,200円	
① フリガナ 男・女 氏名 大・昭・平 年 月 日生(歳) * 令和5年3月31日現在の年齢でご記入ください。 昼間連絡のとれる電話番号 - -	国保	20~39歳															
	後期生保	40歳~															
	その他																
② フリガナ 男・女 氏名 大・昭・平 年 月 日生(歳) * 令和5年3月31日現在の年齢でご記入ください。 昼間連絡のとれる電話番号 - -	国保	20~39歳															
	後期生保	40歳~															
	その他																

総合健診 会場・日程 希望欄	※希望会場に○印をつけてください。()には希望日を記入してください。 ※受付順に処理します。ご希望に添えない場合は、ご了承ください。	<総合健診>	福祉センター()・北公(6/2・6/14)・恵久美(6/22) 7/8・8/3・11/2・11/15は骨粗しょう症なし ・東公(6/23)・徳丸(6/27)・出作(6/28)・西古泉(7/5)・北川原(7/12)		<CT検診>		※料金免除申請欄 69歳以下で世帯全員が町民税均等割以下の方	
		<レディース健診> ※女性限定	福祉センター() 9/21は骨粗しょう症なし ※託児希望者 子どもの氏名() 生年月日()		北公	10/13	町が必要な市町村民税の 情報(同一世帯を含む)及び 世帯情報を閲覧することに 同意します。申請される方が複 数の場合はそれぞれ署名をし てください。	
		<厚生連の健診>	北伊予支所(11/24)・北公民館(12/1)・福祉センター(1/20・1/24)		東公	10/14	署名欄 () ()	
				福セ	10/17			