

## 令和6年度 健康診査(基本項目)・がん検診等申込書

ふりがな 氏 名		住所(番地までご記入ください。) 電話番号(連絡のとりやすい電話)				生 年 月 日		性別	町使用欄 受付						
		〒 679- 佐用町 電話				大正 昭和 平成 年 月 日		男・女	/ 確認						
						(年齢 歳) 令和7.3.31時点									
区 分		保険者名(保険者番号)		保険加入区分		記 号		番 号 一 枝 番							
町国保・後期高齢 生保・39歳以下 他保険		( )		本人・被扶養者											
		( )		受診券整理番号											
第1 希望日		7 月 日		送迎サービ スの利用		受診を希望する健診・検診名を○で囲んでください。 (心電図・眼底・喀痰検査は受診当日お聞きします。)				町使用欄					
										入力					
第2 希望日		7 月 日		利用なし さよさよ 江川ふれあい		健康 診査	胸部 検診	大腸 がん	肝炎 ウイル ス	前立 腺 がん	骨粗 しょう う症	甲状 腺 機能	胃部 X線	ABC 検診	備考
														日程変更 受診項目変更	

ふりがな 氏 名		住所(番地までご記入ください。) 電話番号(連絡のとりやすい電話)				生 年 月 日		性別	町使用欄 受付						
		〒 679- 佐用町 電話				大正 昭和 平成 年 月 日		男・女	/ 確認						
						(年齢 歳) 令和7.3.31時点									
区 分		保険者名(保険者番号)		保険加入区分		記 号		番 号 一 枝 番							
町国保・後期高齢 生保・39歳以下 他保険		( )		本人・被扶養者											
		( )		受診券整理番号											
第1 希望日		7 月 日		送迎サービ スの利用		受診を希望する健診・検診名を○で囲んでください。 (心電図・眼底・喀痰検査は受診当日お聞きします。)				町使用欄					
										入力					
第2 希望日		7 月 日		利用なし さよさよ 江川ふれあい		健康 診査	胸部 検診	大腸 がん	肝炎 ウイル ス	前立 腺 がん	骨粗 しょう う症	甲状 腺 機能	胃部 X線	ABC 検診	備考
														日程変更 受診項目変更	

ふりがな 氏 名		住所(番地までご記入ください。) 電話番号(連絡のとりやすい電話)				生 年 月 日		性別	町使用欄 受付						
		〒 679- 佐用町 電話				大正 昭和 平成 年 月 日		男・女	/ 確認						
						(年齢 歳) 令和7.3.31時点									
区 分		保険者名(保険者番号)		保険加入区分		記 号		番 号 一 枝 番							
町国保・後期高齢 生保・39歳以下 他保険		( )		本人・被扶養者											
		( )		受診券整理番号											
第1 希望日		7 月 日		送迎サービ スの利用		受診を希望する健診・検診名を○で囲んでください。 (心電図・眼底・喀痰検査は受診当日お聞きします。)				町使用欄					
										入力					
第2 希望日		7 月 日		利用なし さよさよ 江川ふれあい		健康 診査	胸部 検診	大腸 がん	肝炎 ウイル ス	前立 腺 がん	骨粗 しょう う症	甲状 腺 機能	胃部 X線	ABC 検診	備考
														日程変更 受診項目変更	

**申込書による申し込み**

住民課または各支所、出張所に提出してください。

**電話による申し込み**

0790-82-0660

住民課にお電話ください。

**FAXによる申し込み**

0790-82-0146

住民課に送信してください。

※ なお、お手数ですが、FAXでお申し込みの場合、FAXが届いているかどうかの確認のお電話も  
 お願いします。裏面で送信された場合や途中で途切れてしまうなど、申込内容がわからない場合  
 があります。また、申し込まれた希望日が、すでに定員に達している場合があります。