

# 令和6年度 健康診査(基本項目)・がん検診等申込書(記入例)

①	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
	さよう たらう 佐用 太郎	〒679-5301 佐用町 佐用2611-1 電話 090-1234-5678	大正 昭和 平成 36年4月3日 (年齢63歳) 令和7.3.31時点	男 女	確認

連絡のとりやすい電話番号(可能であるならば、携帯電話の番号)をご記入ください。

年齢は、年度末である令和7年3月31日の年齢を記入ください。

②	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	佐用町国保 (280461)	本人・被扶養者	-	123456701
			受診券整理番号		20100012345

※ お申込み時点での加入保険を記入してください。健診受診日までに変更があった場合にはご連絡ください。

(例) 佐用町国保(280461)

兵庫県後期高齢者医療広域連合(39285010)

全国健康保険協会(協会けんぽ)

兵庫県支部(1280015)

●●健康保険組合 ●●共済組合 など

協会けんぽ等の場合で扶養に入っておられる方は、「被扶養者」を○で囲ってください。

受診券整理番号は、ご加入の健康保険から発行されます。

お申込み時にお手元に届いていない場合は、記入不要です。

受診当日に必ず受付に受診券を提出してください。

なお、後期高齢者医療、生活保護受給者、39歳以下の方は、記入及び持参は不要です。

③	第1希望日	7月5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9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	骨粗しょう症	甲状腺機能	胃部X線	ABC検診

受診日は、第2希望日までご記入ください。

定員に達した後のお申込みの場合、第2希望日に変更させていただきます。なお、その場合にはご連絡いたします。

送迎サービスをご利用の場合には、その手段を○で囲んでください。ご利用のない場合は「利用なし」に○をお願いします。

運行日をよくお確かめの上、受診希望日を決定してください。

**基本の健診を受ける方は、健康診査に「○」です。**

## 切り取り線

①	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 (年齢 歳) 令和7.3.31時点	男 女	確認							
②	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									
③	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	骨粗しょう症	甲状腺機能	胃部X線	ABC検診