

令和7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 (年齢 歳) 令和8.3.31時点		男・女	／ 確 認				
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ます。)							町使用欄			
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 いずれか一方	入力	
												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 (年齢 歳) 令和8.3.31時点		男・女	／ 確 認				
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ます。)							町使用欄			
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 いずれか一方	入力	
												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 (年齢 歳) 令和8.3.31時点		男・女	／ 確 認				
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ます。)							町使用欄			
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 いずれか一方	入力	
												備考	
												日程変更 受診項目変更	

申込書による申し込み

電話による申し込み

FAXによる申し込み

※ 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
願います。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。

住民課または各支所、出張所に提出してください。

0790－82－0660 住民課にお電話ください。

0790－82－0146 住民課に送信してください。