

令和7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 たろう	〒 679－5 3 0 1 佐用町 佐用 2 6 1 1－1 電話 0 9 0－1 2 3 4－5 6 7 8	大正 昭和 平成 36年4月3日	男 女	／ 確 認
佐用 太郎		（年齢 64歳）令和8.3.31時点		

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8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 — 枝番
町国保・後期高齢 生 保・39歳以下 他保険	佐用町国保 (2 8 0 4 6 1)	本人・被扶養者	—	1 2 3 4 5 6 7 0 1
		受診券整理番号		2 0 1 0 0 0 1 2 3 4 5

※ 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 3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 7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 ウィルス	前立 腺 がん	骨粗 しょう 症	甲状 腺 機能	胃部 X線	ABC 検診	入力	
													備考	日程変更 受診項目変更

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。

基本の健診を受ける方は、健康診査に「○」です。

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。

～今年度から安全上の理由で年齢制限を設けました。～
※胃部X線検査は75歳未満の方が対象です。

(昭和26. 4. 1以降に生まれた方)

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8.3.31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										
			受診券整理番号										
③	第1希望日	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 入力						
	7月 日												
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 ウィルス	前立 腺 がん	骨粗 しょう う症	甲状 腺 機能	胃部 X線	ABC 検診	いすれか一方	備考 日程変更 受診項目変更