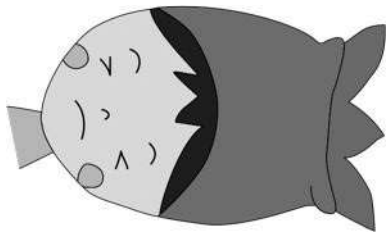


この部分にのりはつけないでください



①

住所 〒 444 -

幸田町大字 字

氏名

封書の作り方

- ◎裏ののりしろ部分にのりをつけてください。
- ◎①の点線で山折りしてください。
- ◎②の点線部分を山折りしてください。
- ◎封書の完成です。

②

料金受取人払郵便

蒲郡局承認

8059

差出有効期間
2019年
7月31日まで
(切手不要)

4 4 4 0 1 9 0

幸田町保健センター 行

愛知県額田郡幸田町大字菱池字錦田八四



No. _____

人間ドック・脳ドック・肺ドック・がん検診申込書

(2019年3月29日(金)までにお申し込み下さい。)

※個人負担金免除に該当する(1)~(3)の方で免除を希望されるかたは、該当要件に○印をし、下記の枠内に同意の署名押印と申請日の記入をお願いします。

世帯ごとに1枚記入し郵送または保健センターへ提出してください

住所 〒444-01 幸田町大字 番地

電話番号 — —

(該当要件) (1)生活保護法による被生活保護世帯に属するかた
(2)町民税非課税世帯に属するかた
(3)中国残留邦人等支援給付世帯に属するかた

(同意書) 私は、世帯全員の同意により課税状況等の情報を確認することに同意します。

年 月 日

※人間ドックを希望の方は、加入保険の欄に○を記入してください。

※㊸㊹㊺は人間ドックに含まれていますので人間ドックをお申し込みのかたは、申し込まないようにしてください。

※㊻㊼は、保健センターで希望されるかたは①の欄に、はるさき健診センターの人間ドックの際に希望されるかたは②の欄に○を記入してください。

★ご希望の健診に○をつけてください。

受診会場 加入保険(人間ドック希望者のみ記入)	人間ドック				脳ドック	肺ドック	胃がん検診	大腸がん検診	前立腺がん検診	乳がん	子宮がん	子宮がん	備考
	国保・後期高齢	社会保険等	39歳以下	40~74歳	はるさき健診センター	幸田町保健センター(集団検診)				①幸田町保健センター(集団検診)	②はるさき健診センター(ドックと併用)	協力医療機関(個別検診)	
フリガナ 氏名 男・女 生年月日 T-S-H													
フリガナ 氏名 男・女 生年月日 T-S-H										① ②	① ②		
フリガナ 氏名 男・女 生年月日 T-S-H										① ②	① ②		
フリガナ 氏名 男・女 生年月日 T-S-H										① ②	① ②		