

# 人間ドック・脳ドック・肺ドック・がん検診申込書

住所 幸田町大字	字	番地
電話番号		

※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、下記同意書の該当要件に「」を記入し、申請日を記入し、署名をしてください。

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。

- 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

年 月 日

氏名

氏名

氏名

フリガナ		男・女
氏名		
生年月日	大正 (令和7年3月31日時点での年齢を記入してください) 昭和 年 月 日 ( 歳) 平成	
申込後に加入保険を変更されると、全額自己負担になる場合があります。 <input type="checkbox"/> に「 <input checked="" type="checkbox"/> 」を記入してください。 <input type="checkbox"/> 了承しました ご了承いただけるかたのみ申込みを受付けることができます。		
●対象区分・ご希望の <input type="checkbox"/> に「 <input checked="" type="checkbox"/> 」を記入してください。		
対象区分	種類	会場
ド ツ ク	40歳～74歳 <input type="checkbox"/> 幸田町国保 <input type="checkbox"/> 社会保険 (受診券利用のみ) <input type="checkbox"/> 75歳以上	は る さ き 健 診 セ ン タ ー
	<input type="checkbox"/> 19歳～39歳 (S61年3月31日生まで)	
	<input type="checkbox"/> 生活保護受給	
	① <input type="checkbox"/> 人間ドック (検査内容は別紙) 【女性のみ】 <input type="checkbox"/> 乳がん検診 (35歳以上) <input type="checkbox"/> 子宮がん検診	
② <input type="checkbox"/> 脳ドック ※対象年齢あり		
③ <input type="checkbox"/> 肺ドック (35歳以上) (喀痰検査 3日分採取)		
がん検診	④ <input type="checkbox"/> 胃がん検診 ⑤ <input type="checkbox"/> 大腸がん検診 ⑥ <input type="checkbox"/> 前立腺がん検診 (50歳以上)	保 健 セ ン タ ー
④⑤⑥同日受診		
女性検診	⑦ <input type="checkbox"/> 乳がん検診 (35歳以上) ⑧ <input type="checkbox"/> 子宮がん検診	健 診 は る さ き セ ン タ ー
⑦⑧⑨同日受診		
人間ドックと併用不可	⑨ <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症検診	
個別検診	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診	協 力 医 療 機 関

フリガナ		男・女
氏名		
生年月日	大正 (令和7年3月31日時点での年齢を記入してください) 昭和 年 月 日 ( 歳) 平成	
申込後に加入保険を変更されると、全額自己負担になる場合があります。 <input type="checkbox"/> に「 <input checked="" type="checkbox"/> 」を記入してください。 <input type="checkbox"/> 了承しました ご了承いただけるかたのみ申込みを受付けることができます。		
●対象区分・ご希望の <input type="checkbox"/> に「 <input checked="" type="checkbox"/> 」を記入してください。		
対象区分	種類	会場
ド ツ ク	40歳～74歳 <input type="checkbox"/> 幸田町国保 <input type="checkbox"/> 社会保険 (受診券利用のみ) <input type="checkbox"/> 75歳以上	は る さ き 健 診 セ ン タ ー
	<input type="checkbox"/> 19歳～39歳 (S61年3月31日生まで)	
	<input type="checkbox"/> 生活保護受給	
	① <input type="checkbox"/> 人間ドック (検査内容は別紙) 【女性のみ】 <input type="checkbox"/> 乳がん検診 (35歳以上) <input type="checkbox"/> 子宮がん検診	
② <input type="checkbox"/> 脳ドック ※対象年齢あり		
③ <input type="checkbox"/> 肺ドック (35歳以上) (喀痰検査 3日分採取)		
がん検診	④ <input type="checkbox"/> 胃がん検診 ⑤ <input type="checkbox"/> 大腸がん検診 ⑥ <input type="checkbox"/> 前立腺がん検診 (50歳以上)	保 健 セ ン タ ー
④⑤⑥同日受診		
女性検診	⑦ <input type="checkbox"/> 乳がん検診 (35歳以上) ⑧ <input type="checkbox"/> 子宮がん検診	健 診 は る さ き セ ン タ ー
⑦⑧⑨同日受診		
人間ドックと併用不可	⑨ <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症検診	
個別検診	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診	協 力 医 療 機 関

フリガナ		男・女
氏名		
生年月日	大正 (令和7年3月31日時点での年齢を記入してください) 昭和 年 月 日 ( 歳) 平成	
申込後に加入保険を変更されると、全額自己負担になる場合があります。 <input type="checkbox"/> に「 <input checked="" type="checkbox"/> 」を記入してください。 <input type="checkbox"/> 了承しました ご了承いただけるかたのみ申込みを受付けることができます。		
●対象区分・ご希望の <input type="checkbox"/> に「 <input checked="" type="checkbox"/> 」を記入してください。		
対象区分	種類	会場
ド ツ ク	40歳～74歳 <input type="checkbox"/> 幸田町国保 <input type="checkbox"/> 社会保険 (受診券利用のみ) <input type="checkbox"/> 75歳以上	は る さ き 健 診 セ ン タ ー
	<input type="checkbox"/> 19歳～39歳 (S61年3月31日生まで)	
	<input type="checkbox"/> 生活保護受給	
	① <input type="checkbox"/> 人間ドック (検査内容は別紙) 【女性のみ】 <input type="checkbox"/> 乳がん検診 (35歳以上) <input type="checkbox"/> 子宮がん検診	
② <input type="checkbox"/> 脳ドック ※対象年齢あり		
③ <input type="checkbox"/> 肺ドック (35歳以上) (喀痰検査 3日分採取)		
がん検診	④ <input type="checkbox"/> 胃がん検診 ⑤ <input type="checkbox"/> 大腸がん検診 ⑥ <input type="checkbox"/> 前立腺がん検診 (50歳以上)	保 健 セ ン タ ー
④⑤⑥同日受診		
女性検診	⑦ <input type="checkbox"/> 乳がん検診 (35歳以上) ⑧ <input type="checkbox"/> 子宮がん検診	健 診 は る さ き セ ン タ ー
⑦⑧⑨同日受診		
人間ドックと併用不可	⑨ <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症検診	
個別検診	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診	協 力 医 療 機 関

のりしろ

この部分にのりをつけないでください



のりしろ

## 申込期間

3月1日(金)～4月30日(火)

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。
- ◎★の点線で山折りしてください。
- ◎●の点線で点線で山折りしてください。
- ◎封書の完成です。

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

料金受取人払郵便

蒲郡局承認

3047

差出有効期間  
2024年  
8月31日まで  
(切手不要)

