

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人は、
下記の該当用件に「✓」をし、申請日を記入し、署名をしてください。

私は、世帯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人
☐ ②町民税非課税世帯に属する人
☐ ③中国残留邦人等支援給付世帯に属する人
- 年 月 日

氏名

氏名

氏名

フリガナ 氏 名			男女	フリガナ 氏 名			男女	フリガナ 氏 名			男女															
生年月日		昭和 平成		年 月 日		生年月日		昭和 平成		年 月 日		生年月日		昭和 平成		年 月 日										
申込後に入居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。 □に「✓」を記入してください。 □ 了承しました ご了承いただける人のみ申込みを受付けることができます。						申込後に入居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。 □に「✓」を記入してください。 □ 了承しました ご了承いただける人のみ申込みを受付けることができます。						申込後に入居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。 □に「✓」を記入してください。 □ 了承しました ご了承いただける人のみ申込みを受付けることができます。														
●対象区分・ご希望の検診の□に「✓」を記入してください。						●対象区分・ご希望の検診の□に「✓」を記入してください。						●対象区分・ご希望の検診の□に「✓」を記入してください。														
対象区分			種類			会場			対象区分			種類			会場			対象区分			種類			会場		
ドック	□75歳以上		①□ 人間ドック (検査内容は別紙)		はるさき健診センター	□75歳以上		①□ 人間ドック (検査内容は別紙)		はるさき健診センター	□75歳以上		①□ 人間ドック (検査内容は別紙)		はるさき健診センター											
	40歳～74歳 □幸田町国保 □社会保険 (受診券利用のみ)		【女性のみ】 □ 乳がん検診(35歳以上) □ 子宮頸がん検診			40歳～74歳 □幸田町国保 □社会保険 (受診券利用のみ)		【女性のみ】 □ 乳がん検診(35歳以上) □ 子宮頸がん検診			40歳～74歳 □幸田町国保 □社会保険 (受診券利用のみ)		【女性のみ】 □ 乳がん検診(35歳以上) □ 子宮頸がん検診													
	□19歳～39歳 (S62年3月31日生まで)		②□ 脳ドック ※対象年齢あり			□19歳～39歳 (S62年3月31日生まで)		②□ 脳ドック ※対象年齢あり			□19歳～39歳 (S62年3月31日生まで)		②□ 脳ドック ※対象年齢あり													
	□生活保護受給		③□ 肺ドック(35歳以上) (喀痰検査3日分採取)			□生活保護受給		③□ 肺ドック(35歳以上) (喀痰検査3日分採取)			□生活保護受給		③□ 肺ドック(35歳以上) (喀痰検査3日分採取)													
がん検診(単独)	がん検診 ④⑤⑥同日受診		④□胃がん検診 ⑤□大腸がん検診 ⑥□前立腺がん検診(50歳以上) ご希望の曜日 曜日		保健センター	がん検診 ④⑤⑥同日受診		④□胃がん検診 ⑤□大腸がん検診 ⑥□前立腺がん検診(50歳以上) ご希望の曜日 曜日		保健センター	がん検診 ④⑤⑥同日受診		④□胃がん検診 ⑤□大腸がん検診 ⑥□前立腺がん検診(50歳以上) ご希望の曜日 曜日		保健センター											
	女性検診 ⑦⑧⑨同日受診 人間ドックと併用不可		⑦□乳がん検診(35歳以上) ⑧□子宮頸がん検診 ⑨□骨粗しょう症検診 ご希望の曜日 曜日		はるさき健診センター	女性検診 ⑦⑧⑨同日受診 人間ドックと併用不可		⑦□乳がん検診(35歳以上) ⑧□子宮頸がん検診 ⑨□骨粗しょう症検診 ご希望の曜日 曜日		はるさき健診センター	女性検診 ⑦⑧⑨同日受診 人間ドックと併用不可		⑦□乳がん検診(35歳以上) ⑧□子宮頸がん検診 ⑨□骨粗しょう症検診 ご希望の曜日 曜日		はるさき健診センター											
	個別検診		□子宮頸がん検診		協力医療機関	個別検診		□子宮頸がん検診		協力医療機関	個別検診		□子宮頸がん検診		協力医療機関											

料金受取人払郵便

蒲郡局承認

4037

差出有効期間
2025年
8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

申込期間

2月3日(月)～3月31日(月)

住所 〒 444 ー

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。
- ◎★の点線で山折りしてください。
- ◎封書の完成です。

この部分にのりをつけないでください

