

人間ドック・脳ドック・肺ドック・がん検診申込書

個人負担金免除について

- ①～③に該当する人は、該当要件に「**レ**」をし、申請日の記入と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

氏名 _____ 氏名 _____ 氏名 _____

住所 幸田町大字 _____ 字 _____ 番地 _____
電話番号 _____

フリガナ _____	氏名 _____	性別 男女
生年月日 昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
【注意事項】 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。 ご了承いただける人は□に「 レ 」を記入してください。 ①幸田町に住民登録がある人が対象です。また、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"/> 了承しました ②特別な理由がない限り、検診内容をすべて受診いただきます。 <input type="checkbox"/> 了承しました		

フリガナ _____	氏名 _____	性別 男女
生年月日 昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
【注意事項】 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。 ご了承いただける人は□に「 レ 」を記入してください。 ①幸田町に住民登録がある人が対象です。また、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"/> 了承しました ②特別な理由がない限り、検診内容をすべて受診いただきます。 <input type="checkbox"/> 了承しました		

フリガナ _____	氏名 _____	性別 男女
生年月日 昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
【注意事項】 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。 ご了承いただける人は□に「 レ 」を記入してください。 ①幸田町に住民登録がある人が対象です。また、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"/> 了承しました ②特別な理由がない限り、検診内容をすべて受診いただきます。 <input type="checkbox"/> 了承しました		

●対象区分・ご希望の検診の□に「**レ**」を記入してください。

●対象区分・ご希望の検診の□に「**レ**」を記入してください。

●対象区分・ご希望の検診の□に「**レ**」を記入してください。

ド ツ ク	対象区分	種類	会場
	<input type="checkbox"/> 後期高齢者 (障害後期を含む)	① <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 幸田町国保 <input type="checkbox"/> 社会保険 (受診券利用のみ)	【女性のみ】 <input type="checkbox"/> 乳がん検診 (35歳以上) <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診	
	<input type="checkbox"/> 19歳～39歳 (S63年3月31日生まで)	② <input type="checkbox"/> 脳ドック ※対象年齢あり	
<input type="checkbox"/> 生活保護受給	③ <input type="checkbox"/> 肺ドック (50歳以上)		

ド ツ ク	対象区分	種類	会場
	<input type="checkbox"/> 後期高齢者 (障害後期を含む)	① <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 幸田町国保 <input type="checkbox"/> 社会保険 (受診券利用のみ)	【女性のみ】 <input type="checkbox"/> 乳がん検診 (35歳以上) <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診	
	<input type="checkbox"/> 19歳～39歳 (S63年3月31日生まで)	② <input type="checkbox"/> 脳ドック ※対象年齢あり	
<input type="checkbox"/> 生活保護受給	③ <input type="checkbox"/> 肺ドック (50歳以上)		

ド ツ ク	対象区分	種類	会場
	<input type="checkbox"/> 後期高齢者 (障害後期を含む)	① <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 幸田町国保 <input type="checkbox"/> 社会保険 (受診券利用のみ)	【女性のみ】 <input type="checkbox"/> 乳がん検診 (35歳以上) <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診	
	<input type="checkbox"/> 19歳～39歳 (S63年3月31日生まで)	② <input type="checkbox"/> 脳ドック ※対象年齢あり	
<input type="checkbox"/> 生活保護受給	③ <input type="checkbox"/> 肺ドック (50歳以上)		

がん 検 診 (単 独)	がん検診 ④⑤⑥同日受診	保健センター
	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) ご希望の曜日 _____ 曜日	健 診 は セ ン タ ー さ き
	女性検診 ⑦⑧⑨同日受診 人間ドックと併用不可 ⑦ <input type="checkbox"/> 乳がん検診 (35歳以上) ⑧ <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診 ⑨ <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症検診 ご希望の曜日 _____ 曜日	
個別検診 ⑩ <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診	療 協 機 機 関 医 師	

がん 検 診 (単 独)	がん検診 ④⑤⑥同日受診	保健センター
	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) ご希望の曜日 _____ 曜日	健 診 は セ ン タ ー さ き
	女性検診 ⑦⑧⑨同日受診 人間ドックと併用不可 ⑦ <input type="checkbox"/> 乳がん検診 (35歳以上) ⑧ <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診 ⑨ <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症検診 ご希望の曜日 _____ 曜日	
個別検診 ⑩ <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診	療 協 機 機 関 医 師	

がん 検 診 (単 独)	がん検診 ④⑤⑥同日受診	保健センター
	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) ご希望の曜日 _____ 曜日	健 診 は セ ン タ ー さ き
	女性検診 ⑦⑧⑨同日受診 人間ドックと併用不可 ⑦ <input type="checkbox"/> 乳がん検診 (35歳以上) ⑧ <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診 ⑨ <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症検診 ご希望の曜日 _____ 曜日	
個別検診 ⑩ <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診	療 協 機 機 関 医 師	

料金受取人払郵便

蒲郡局承認

5039

差出有効期間
2026年
10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2日(月)～3月31日(火)

住所 〒 444 -

幸田町大字 字

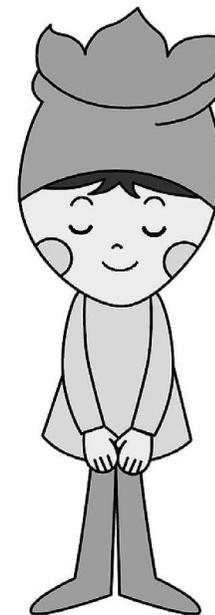
氏名

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。
- ◎★の点線で山折りしてください。
- ◎封書の完成です。

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

