

町ぐるみ健診申込書

集落

今回はお申し込みの場合のみ提出してください。

【記入書類】

- ◎ 『令和8年度町ぐるみ健診のご案内』をご確認のうえ、お申し込みください。
- ◎ 記入された申込書を、添付の封筒に入れて、提出してください。
- ◎ 同一世帯の20歳以上の住民の方のお名前を記載しています。ご家族をご覧ください。
- ◎ 内容確認等で連絡する場合があります。電話番号は必ずご記入ください。

- ・ 各健(検)診を希望される方は、希望する健(検)診名の欄に○を入れてください。
- ・ 対象外で受診できない項目には、回答欄に×を入れています。
- ・ 転入等で名前の記載のない方で、受診を希望される方は氏名、生年月日を空欄に記入し、お申し込みください。

フリガナ 氏名	生年月日 年齢	性別	電話番号	保険の種類 ※1~3のいずれかに ○を付けてください。 ※1に該当する方は 自動で○が付きます。	受診を希望される検診名の欄に○を入れてください											備考		
					肺がん	胃がん	大腸がん	特定基本	乳がん	子宮頸がん	肝炎	前立腺	骨粗鬆症	歯科	胃のABC			
フクサキ タロウ 福崎 太郎 様 123456789012345	昭和32年 8月22日 (67 歳)	男	0000-0000-0000	(○) 1. 福崎町国保 () 2. 後期高齢 () 3. その他	○	○				×	×							
	(歳)			() 1. 福崎町国保 () 2. 後期高齢 () 3. その他														
	(歳)			() 1. 福崎町国保 () 2. 後期高齢 () 3. その他														
	(歳)			() 1. 福崎町国保 () 2. 後期高齢 () 3. その他														
	(歳)			() 1. 福崎町国保 () 2. 後期高齢 () 3. その他														
	(歳)			() 1. 福崎町国保 () 2. 後期高齢 () 3. その他														

※年齢基準日：令和 9年 3月31日

◎ 個人情報は、厳重に管理し、目的以外には使用しません。