

令和 4 年度 御船町健康診査申し込み書

年 月 日

御船町長 様

令和 4 年度の御船町健康診査について、下記のとおり申し込みます。
記

対象者	ふりがな		行政区	
	氏 名			
	生年月日	大・昭・平 年 月 日 (歳)	性 別	男・女
	住 所	御船町大字		
	電話番号	※日中に連絡がとれる電話番号をご記入ください。		
	健康保険の種類	国民健康保険・後期高齢者医療保険・社会保険(本人)・社会保険(被扶養者)・生活保護・その他		

受診希望する健診項目に○をご記入ください。
ただし、人間ドックは A～S のコース番号を選択の上、ご記入ください。

【集団健診】

セット 健診	選択健診						
	特定健診・若者健診 後期高齢者健診・健康診査	腹 部 超音波	肺がん 検診	大腸がん 検診	胃がん 検診	子宮がん 検診	乳がん 検診
40～74 歳 国 保	特定健診：40～74 歳 国 保 若者健診：20～39 歳 国保又は社保被扶養 後期高齢者健診：後期高齢者医療 健康診査：20 歳以上の生活保護	40 歳以上	40 歳以上	40 歳以上	40 歳以上	20 歳以上 の女性	30 歳以上 の女性

【個別健診】

人間ドック (コース：A～S)	大腸がん 郵送検診	子宮がん 個別検診	乳がん 個別検診
40～74 歳 国 保	40 歳以上	20 歳以上 の女性	30 歳以上 の女性

＜スタッフ記入欄＞

システム入力	Excel 入力

宛名番号	
世帯番号	

【申し込み先】

御船町役場 健康づくり保険課(保健センター)
〒861-3296 御船町大字御船 995-1
TEL：096-282-1602 FAX：096-282-7708