

令和5年度 山添村住民健診申込用紙（記入例）

氏名		性別	生年月日
フリガナ ヤマゾエ タロウ	山添 太郎	男・女	T S H 40年10月23日
住所		電話番号（日中に連絡が可能な番号）	
〒630-2344 山添村大字 大西151番地		0743-85-0045	
加入している医療保険の種類に○をつけてください			
1. 国民健康保険 2. 後期高齢者医療保険 3. その他の医療保険 4. 加入していない			
ご希望の受診項目に○をつけてください（健診項目一覧表をご確認の上、お申込みください）			
1. 特定健診（40～74歳国民健康保険加入者）・健診（30歳代、後期高齢者等） 2. 肺がん検診・結核健診（30歳以上） 3. 腹部エコー検査（30歳～健診時74歳以下） 4. 胃がん検診（40歳以上） 5. ピロリ菌検査（30歳以上） 6. 大腸がん検診（40歳以上） 7. 前立腺がん検診（50歳以上男性） 8. 子宮頸がん検診（20歳以上女性） 9. 乳がん検診（40歳以上女性） 10. 風しん抗体検査（クーポン券を送付した対象の方）			
送迎を希望する方のみ○をつけてください（7/31～8/4のみ）	受診できない日（ご都合の悪い日がある方のごみ記入ください）	何か伝えたいことがあればご記入ください※日時の指定はできません	
・送迎を希望		夫婦で同じ日にしてほしい等	

.....切り取り線.....

令和5年度 山添村住民健診申込用紙

※用紙が足りない場合は、コピーしてお使いください

氏名		性別	生年月日
フリガナ		男・女	T・S・H 年 月 日
住所		電話番号（日中に連絡が可能な番号）	
〒630- 山添村大字			
加入している医療保険の種類に○をつけてください			
1. 国民健康保険 2. 後期高齢者医療保険 3. その他の医療保険 4. 加入していない			
ご希望の受診項目に○をつけてください（健診項目一覧表をご確認の上、お申込みください）			
1. 特定健診（40～74歳国民健康保険加入者）・健診（30歳代、後期高齢者等） 2. 肺がん検診・結核健診（30歳以上） 3. 腹部エコー検査（30歳～健診時74歳以下） 4. 胃がん検診（40歳以上） 5. ピロリ菌検査（30歳以上） 6. 大腸がん検診（40歳以上） 7. 前立腺がん検診（50歳以上男性） 8. 子宮頸がん検診（20歳以上女性） 9. 乳がん検診（40歳以上女性） 10. 風しん抗体検査（クーポン券を送付した対象の方）			
送迎を希望する方のみ○をつけてください（7/31～8/4のみ）	受診できない日（ご都合の悪い日がある方のごみ記入ください）	何か伝えたいことがあればご記入ください※日時の指定はできません	
・送迎を希望			

令和5年度 山添村住民健診申込用紙

※用紙が足りない場合は、コピーしてお使いください

氏名	性別	生年月日
フリガナ	男 ・ 女	T・S・H 年 月 日
住所		電話番号（日中に連絡が可能な番号）
〒630- 山添村大字		
加入している医療保険の種類に○をつけてください		
1. 国民健康保険 2. 後期高齢者医療保険 3. その他の医療保険 4. 加入していない		
ご希望の受診項目に○をつけてください（健診項目一覧表をご確認の上、お申込みください）		
1. 特定健診（40～74歳国民健康保険加入者）・健診（30歳代、後期高齢者等） 2. 肺がん検診・結核健診（30歳以上） 3. 腹部エコー検査（30歳～健診時74歳以下） 4. 胃がん検診（40歳以上） 5. ピロリ菌検査（30歳以上） 6. 大腸がん検診（40歳以上） 7. 前立腺がん検診（50歳以上男性） 8. 子宮頸がん検診（20歳以上女性） 9. 乳がん検診（40歳以上女性） 10. 風しん抗体検査（クーポン券を送付した対象の方）		
送迎を希望する方のみ○をつけてください（7/31～8/4のみ）	受診できない日（ご都合の悪い日がある方のごみ記入ください）	何か伝えたいことがあればご記入ください※日時指定はできません
・送迎を希望		

.....切り取り線.....

令和5年度 山添村住民健診申込用紙

※用紙が足りない場合は、コピーしてお使いください

氏名	性別	生年月日
フリガナ	男 ・ 女	T・S・H 年 月 日
住所		電話番号（日中に連絡が可能な番号）
〒630- 山添村大字		
加入している医療保険の種類に○をつけてください		
1. 国民健康保険 2. 後期高齢者医療保険 3. その他の医療保険 4. 加入していない		
ご希望の受診項目に○をつけてください（健診項目一覧表をご確認の上、お申込みください）		
1. 特定健診（40～74歳国民健康保険加入者）・健診（30歳代、後期高齢者等） 2. 肺がん検診・結核健診（30歳以上） 3. 腹部エコー検査（30歳～健診時74歳以下） 4. 胃がん検診（40歳以上） 5. ピロリ菌検査（30歳以上） 6. 大腸がん検診（40歳以上） 7. 前立腺がん検診（50歳以上男性） 8. 子宮頸がん検診（20歳以上女性） 9. 乳がん検診（40歳以上女性） 10. 風しん抗体検査（クーポン券を送付した対象の方）		
送迎を希望する方のみ○をつけてください（7/31～8/4のみ）	受診できない日（ご都合の悪い日がある方のごみ記入ください）	何か伝えたいことがあればご記入ください※日時指定はできません
・送迎を希望		