

令和6年度 健診申込書



受診を希望される方の個人事項をご記入ください。

氏名	フリガナ (男・女)
生年月日	大・昭・平 年 月 日 (歳)
住所	日出町 (アパート名など)
連絡先 (自宅)	() -
連絡先 (携帯等)	() -
ご加入の 健康保険	<input type="checkbox"/> 日出町国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険 <input type="checkbox"/> 生活保護者 <input type="checkbox"/> その他社会保険 (<input type="checkbox"/> 本人 ・ <input type="checkbox"/> 家族)

<ご注意>

申込みについて

“日出町『けんしん』ガイド”に記載された『健康増進課に申込書提出』専用の申込用紙です。

申込締切について

【地区健診】

健診日の2週間前までにお申込みください。
※乳がん検診(マンモ・エコー)は定員があります。お早めのお申込みをお願いします。

【町内健診機関】

実施期間中であれば、特に締め切りはありません。ただし、直前のお申込みの場合、ご希望の日にご案内できないこともございますので、お早めにお申込みください。

健診セットについて

健診日の前に、ご自宅に送付いたします。
町内医療機関で健康診査のみ受診される方については、健診セットは送付されません。

「地区健診」と「町内の健診機関」どちらを希望しますか？

地区健診で受けてたい

希望の項目に✓をしてください。
(健診場所・健診日・健診項目)

健診場所	場所名に✓をしてください。		
	<input type="checkbox"/> 町保健福祉センター <input type="checkbox"/> 町中央体育館		
健診日	健診日を記入してください。		
	月	日	
項目	健康診査	<input type="checkbox"/>	
	肺	<input type="checkbox"/>	
	大腸	<input type="checkbox"/>	
	胃	<input type="checkbox"/>	
	子宮	<input type="checkbox"/>	
	乳	マンモ	<input type="checkbox"/>
		エコー	<input type="checkbox"/>
骨粗しょう症	<input type="checkbox"/>		

町内の健診機関で受けてたい

希望の項目に✓をしてください。
(健診機関・希望月・健診項目)

健診機関	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	サンライズ 健診センター (サンライズ酒井病院)	鈴木病院	日出児玉 病院	
希望月 (5月から2月までの 希望とする月を記入)	()月	()月	()月	
項目	健康診査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	肺	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	大腸	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	胃	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	子宮	<input type="checkbox"/>		
	乳	マンモ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	骨粗しょう症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

※胃バリウムのみ

職員 記入欄	処理	入力	確認	健診機関	送付	全額助成者	受付印
	(/)	(/)	(/)	(/)	(/)	<input type="checkbox"/> 21歳(子) <input type="checkbox"/> 41歳(肺・大・胃・乳) <input type="checkbox"/> 51歳(肺・大・胃) <input type="checkbox"/> 61歳(肺・大・胃)	