

健診申込書

必要事項をご記入のうえ、希望の健診項目に○印を記入してください。

※申込みは電話・FAX・ホームページでも受け付けています。

西脇市健康づくりセンター

TEL 0795-22-3111内360

FAX 0795-23-5219

※40歳～74歳の社会保険の方へ

- ・社会保険の本人は、町ぐるみ健診での特定健診は対象外です。事業主が実施する健診を受けてください。
- ・社会保険被扶養者の方は、医療保険者が発行する「特定健診受診券」と「健康保険証」が必要です。
- ・特定健診以外の項目は、医療保険の種別にかかわらず受けていただけます。

★大腸がん検診について

受診回数は年1回です。町ぐるみ健診か個別検診のどちらか一方を申し込んでください。

住所 西脇市 町 番地 (区)				町ぐるみ健診の項目							6/2、9/29のみ	希望日	個別検診 (指定医療機関)			
※西脇地区の方は町名(東本町など)をご記入ください。 ※野村地区の方は区名をご記入ください。 電話番号(携帯可)				肺がん検診	胃がん検診	★大腸がん検診	特定・基本健診	前立腺がん検診	骨粗しょう症検診	肝炎ウイルス検診	胃の健康度チェック	菌周病検診	受診希望日(第二希望まで)をご記入ください。健診日は案内チラシをご覧ください。受付時間の希望はお受けできません。	★大腸がん検診	乳がん検診 (マンモグラフィ)	子宮がん検診
(ふりがな)氏名	生年月日	年齢	保険の種類 (○印を入れてください。)	25歳～	25歳～	25歳～	25歳～	50歳～ 男性のみ	25歳～ 女性のみ	40歳～ (過去未受診者)	25歳～	25歳～ 74歳		25歳～	40歳～ 女性のみ	20歳～ 女性のみ
	大・昭・平 .		西脇市国保 社保(本人・家族) 後期高齢者医療									第一希望 月 日				
	大・昭・平 .		西脇市国保 社保(本人・家族) 後期高齢者医療									第二希望 月 日				
	大・昭・平 .		西脇市国保 社保(本人・家族) 後期高齢者医療									第一希望 月 日				
	大・昭・平 .		西脇市国保 社保(本人・家族) 後期高齢者医療									第二希望 月 日				
	大・昭・平 .		西脇市国保 社保(本人・家族) 後期高齢者医療									第一希望 月 日				
	大・昭・平 .		西脇市国保 社保(本人・家族) 後期高齢者医療									第二希望 月 日				
託児申込み	希望日に○印を入れ、子どもの人数、年齢を記入してください。			※託児は町ぐるみ健診(集団健診)のみです。 5/18・5/19・5/21・5/22・5/26・5/29・6/3・9/27							託児する子どもの人数 人 年齢(歳・ 歳・ 歳)					

※年齢 平成32(2020)年3月末日現在

※希望日…特定の希望日がない場合は健康づくりセンターで指定させていただきます。

保険の種類

- 西脇市国保(西脇市国民健康保険)
- 社保(組合健保、協会けんぽ、共済組合等)
- 後期高齢者医療(満75歳以上の方及び65歳～75歳未満の方で障害認定を受けられた方)