年　　　月　　　日

世羅町長 　様

申込者　住所　　世羅郡世羅町大字

氏名

世羅町誕生月健診申込書

　　世羅町誕生月健診について、次のことに同意し申し込みます。

（すべての□に✓をお願いします。）

□　健診結果を世羅町に提供すること。

□　この健診結果に基づき保健師等が指導する場合があること。

□　この健診の結果、精密検査受診対象者となった場合、精密検査受診状況とその検査結果を世羅町に提供すること。

□　今年度において、国保人間ドック、総合健診、医療機関個別検診（特定健診・がん検診）を申込・受診しないこと。

□　受診日に世羅町民であること。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | | | | 性別 | | 男　・　女 | | | |
| 受診者氏名 |  | | | | |
| 住　所 | 世羅町大字　　　　　　　　　　番地 | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 大正・昭和・平成  　　　年　　月　　日（　　歳） | | 電話番号 | | | －　　　　－ | | | | | |
| 医療保険 | | 世羅町国保・後期高齢者・その他（特定健診受診券 有・無) | | | | | | | | | |
| （世羅町国保の方）  被保険者番号 |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| 選択検査項目  （希望される項目に☑をしてください） | | ・胃がん検診　 □バリウム  追加費用で、□胃カメラ鼻　　□胃カメラ口　に変更（＋2,100円）  ・結核・肺がん検査　□レントゲン  追加費用で、 　　□CT　に変更（＋4,100円）  ・骨塩定量検診　□手指骨（DIP法）  追加費用で、 □大腿骨（DEXA法）　に変更（＋800円） | | | | | | | | | |
| 追加検査項目  （希望される場合は、☑をしてください） | | □腹部エコー検査（＋1,500円）  □子宮頸がん検診（女性のみ）（＋500円）  □乳がん検診（女性のみ）（＋500円）  □前立腺がん検診（男性のみ）（＋400円） | | | | | | | | | |
| 希望受診月・曜日 | | 月　（　火　・　木　） | | | | | | | | | |
| 備考 | |  | | | | | | | | | |

審査欄（実施要領）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ３(1) |  | ３(2) |  | ３(３) |  | ３(４) |  | | 特定  健診 | 国保・後期・  その他 | | 乳クーポン |  | 子クーポン |  |
| 審査決定日 | | |  | | | | |