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　　　　　　　　　　　　 |
| 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) |
| ※町で記載（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　　　　　　（　火曜日　・　木曜日　） |
| 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 |  |