

世羅町長 様

申込者 住所 世羅郡世羅町大字
氏名

世羅町誕生日健診申込書

世羅町誕生日健診について、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 <input type="checkbox"/> バリウム 追加費用で、 <input type="checkbox"/> 胃カメラ鼻 <input type="checkbox"/> 胃カメラ口 に変更(+2,100円) ・結核・肺がん検査 <input type="checkbox"/> レントゲン 追加費用で、 <input type="checkbox"/> CT に変更(+4,100円) ・骨塩定量検診 <input type="checkbox"/> 手指骨(DIP 法) 追加費用で、 <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 腹部エコー検査(+1,500円) <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診(女性のみ)(+500円) <input type="checkbox"/> 乳がん検診(女性のみ)(+500円) <input type="checkbox"/> 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		子 ク	
								審査決定日					