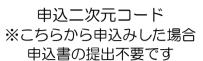
「特定健診・がん検診」受診の調査・申込書

◎世帯主についてご記入ください。

住所	宍粟市	自治会名
氏名		
電話番号		





◆医療保険の種類	
----------	--

- **ア** 宍粟市国民健康保険
- 後期高齢者医療保険
- 社会保険等の被扶養者(家族/扶養) ※年度末年齢が40歳以上の方で 特定健診を受診される場合は**受診券が必要**
- 社会保険等の被保険者(本人) ※**年度末年齢が40歳以上の方**で特定健診を 受診される場合は<u>原則全額自己負担</u>

◆受けない理由番号									
1	医療機関や仕事先で受ける								
2	治療中、治療済みである								
3	仕事・育児・介護等のため行けない								
4	体調が良いので必要ない								
5	病気が見つかると怖い								
6	市外に住んでいる								
7	その他								

※連絡のつきやすい電話番号をご記入ください。

©20歳以上世帯全員の受診についてご記入ください。 ▼裏面の記入例も参考に記入してください。 ※記入欄が足りない場合はコピーしてお使いください。

	氏	りがな 手 月	名 日	医療保険 の種類	送迎 希望	特定健診	肺がん 検診	胃がん 検診 (80歳未満)	大腸がん 検診	前立腺 がん検診 (50歳以上男性)	肝炎 ウイルス 検診	骨粗しょう症 検診 (40歳~70歳)	胃の健康度 検査 (30歳~50歳未満)	歯科健診 ★印の日程 のみ実施	希望日 <u>指定日以外で</u> 希望がある場合のみ	
=		う しーた	-h		有	受ける	受ける	受ける	受ける	受ける	受ける	受ける	受ける	受ける	第1希望	第2希望
クタ	、 宍粟 I S	E しーた O年 O月			(#)	受けない 理 (由 (受けない 理 由	受けない 理 由 ()	受けない 理 (由)	受けない 理 ()	受けない	受けない	受けない	受けない	△月△日	〇月〇日
					有	受ける	受ける	受ける	受ける	受ける	受ける	受ける	受ける	受ける	第1希望	第2希望
	S H 年	 F 月			無	受けない 理 由	受けない 理 ()	受けない 理 ()	受けない 理 ()	受けない 理 (由 (受けない	受けない	受けない	受けない		
					有	受ける	受ける	受ける	受ける	受ける	受ける	受ける	受ける	受ける	第1希望	第2希望
	S H ^年	 F 月			無	受けない 理 由	受けない 理 (由 (受けない 理 由	受けない 理 由	受けない 理 ()	受けない	受けない	受けない	受けない		
					有	受ける	受ける	受ける	受ける	受ける	受ける	受ける	受ける	受ける	第1希望	第2希望
	S H 年	 手 月			無	受けない 理 由	受けない 理 由	受けない 理 由	受けない 理 由	受けない 理 (由)	受けない	受けない	受けない	受けない		
					有	受ける	受ける	受ける	受ける	受ける	受ける	受ける	受ける	受ける	第1希望	第2希望
	S H 年	月			無	受けない 理 由	受けない 理 (由)	受けない 理 由	受けない 理 由	受けない 理 (由)	受けない	受けない	受けない	受けない		
					有	受ける	受ける	受ける	受ける	受ける	受ける	受ける	受ける	受ける	第1希望	第2希望
	S H 年	 手 月			無	受けない 理 由	受けない 理 (由)	受けない 理 由	受けない 理 由	受けない 理 (由)	受けない	受けない	受けない	受けない		