「特定健診・がん検診」受診申込書（受診希望者のみ提出）

◎**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		

※連絡のつきやすい電話番号をご記入ください。

申込二次元コード
※こちらから申込みした場合
申込書の提出は不要です

◆医療保険の種類

㋐	宍粟市国民健康保険
㋑	後期高齢者医療保険
㋒	社会保険等の被扶養者（家族/扶養） ※**年度末年齢40歳以上の人**で 特定健診を受診される場合は**受診券が必要**
㋓	社会保険等の被保険者（本人） ※**年度末年齢40歳以上の人**で特定健診を受診される場合は**原則全額自己負担** 受診券が発行される場合は受診券に記載の金額

社会保険等とは、
「協会けんぽ」「共済組合」
「建設国保」等を指します。

◎**20歳以上の世帯員**のうち**受診する人**のみご記入ください。　※記入欄が足りない場合はコピーしてお使いください。※記入がない項目は希望なしとみなします。

ふりがな 氏名 生年月日	医療保険の種類	送迎希望	特定健診（基本健診）	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（40～75歳）	胃の健康度検査（30～49歳）	歯科健診 ★印の日程のみ実施	希望日 指定日以外で希望がある場合のみ	
記入例 しそう　しーたん 宍粟　しーたん ㊂・H　〇年　〇月　〇日	㋐	有	○	○		○			○			第1希望 △月△日	第2希望 〇月〇日
		無	受診希望の項目に〇をご記入ください。										
S・H　年　月　日		有										第1希望	第2希望
		無											
S・H　年　月　日		有										第1希望	第2希望
		無											
S・H　年　月　日		有										第1希望	第2希望
		無											
S・H　年　月　日		有										第1希望	第2希望
		無											
S・H　年　月　日		有										第1希望	第2希望
		無											