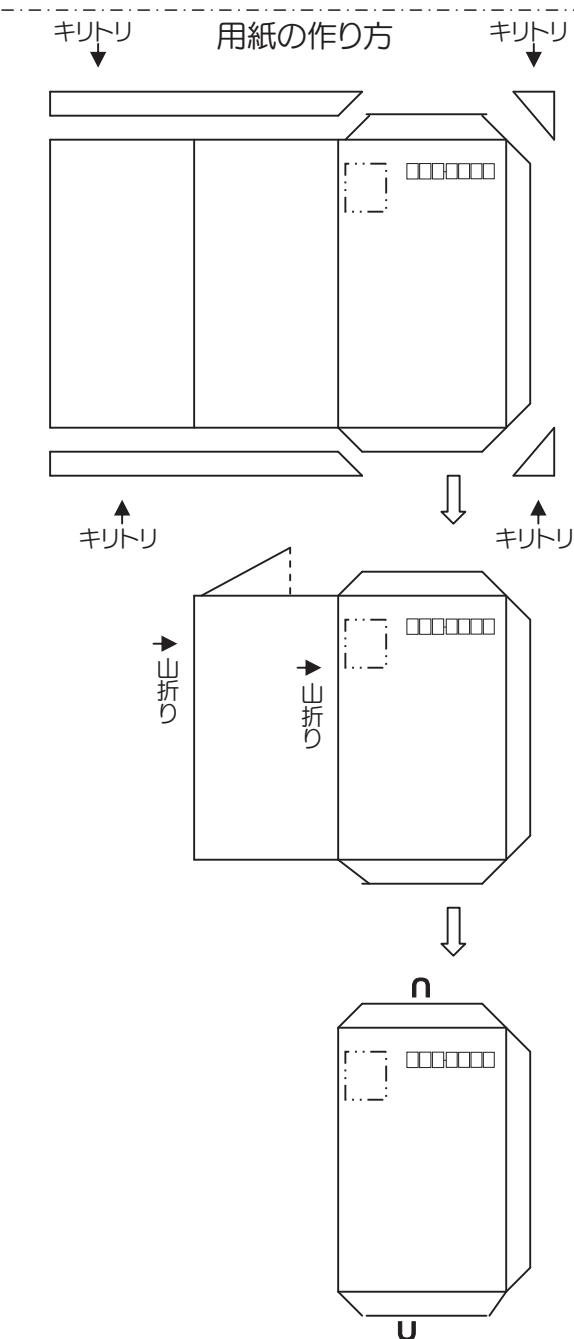




キリトリ

*この用紙は、健（検）診のお申込みのために
ご記入いただくものです。
個人情報の取り扱いには十分注意し目的以外
には使用しません。

福知山市福祉保健部健康医療課

福知山市保健福祉センター

●中央（福知山市役所2階）

〒620-8501 福知山市字内記13番地の1

TEL：23-2788 FAX：23-5998

●東部（三和支所内）

〒620-1492 三和町千束515

TEL：58-2090 FAX：58-3013

●西部（夜久野支所内）

〒629-1304 夜久野町額田19-2

TEL：37-1234 FAX：37-5002

●北部（大江支所内）

〒620-0398 大江町河守285

TEL：56-2620 FAX：56-2018

キリトリ

のりしろ

お手数ですが、
84円切手を貼って
投函してください



【差出人】
住所 福知山市
氏名

宛

のりしろ

のりしろ（裏面にのりしろを貼ってください）

〈集団健(検)診申込用紙〉 * この用紙は無料申請書ではありません。別に申請が必要です。

住所	福知山市			電話番号 (必須)	—		* 希望の健(検)診に○をつけてください。 * 健(検)診によって対象年齢が異なります。ご確認のうえ、お申込みください。 * 住所・電話番号・氏名・生年月日についても記入漏れのないようご確認ください。							
	自治会()			E-mail										
氏名・生年月日	性別	加入されている 医療保険	希望健(検)診日	健(検)診会場	特定健診	後期高齢者 健診	胃		大腸	肺/結核	前立腺	乳	子宮	送迎 希望
							X線	ABC						
氏 名	男	()国民健康保険	(午前) 月 日											
大正・昭和・平成	女	()後期高齢者医療	(午後) 月 日											
年 月 日		()その他												
氏 名	男	()国民健康保険	(午前) 月 日											
大正・昭和・平成	女	()後期高齢者医療	(午後) 月 日											
年 月 日		()その他												
氏 名	男	()国民健康保険	(午前) 月 日											
大正・昭和・平成	女	()後期高齢者医療	(午後) 月 日											
年 月 日		()その他												

健(検)診費用無料制度について

* 東部・西部・北部の保健福祉センターエリアでは送迎を実施しています。
送迎をご希望の人は、実施会場と対象地域を確認のうえ、お申込みください。

【下記に該当される場合、費用が無料になります。】

- 70歳以上(申請は不要です)
 - * 個別医療機関で実施する胃内視鏡検診は、70歳以上でも有料です。
ただし、市民税非課税世帯・生活保護世帯に該当する人は事前申請により無料になります。
- 20～69歳までの人で、市民税非課税世帯・生活保護世帯(事前に申請が必要です)
 - * 申請には、個人番号(マイナンバー)、印鑑、ご本人であることを確認できる書類などが必要です。
申請される場合は、必ず事前に各保健福祉センターまでお問合せください。
 - * 個別医療機関で健(検)診を受けられる場合も事前申請が必要です。