

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

●中央保健福祉センター

〒620-8501 福知山市字内記13番地の1
(福知山市役所 2階)

TEL:23-2788 FAX:23-5998

●東部保健福祉センター

〒620-1492 三和町千束515 三和支所内
TEL:58-2090 FAX:58-3013

●西部保健福祉センター

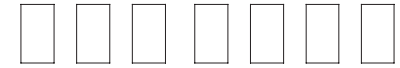
〒629-1304 夜久野町額田19-2 夜久野支所内
TEL:37-1234 FAX:37-5002

●北部保健福祉センター

〒620-0398 大江町河守285 大江支所内
TEL:56-2620 FAX:56-2018

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

キリトリ

のりしろ

〈集団健(検)診・肺巡回検診申込用紙〉*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 | | |

〈集団健(検)診〉

| 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 大正・昭和・平成 年 月 日 | 男 | ()国民健康保険 ()後期高齢者医療 ()その他 | (午前) 月 日 | | | | | | | | | | | |
| | 女 | | (午後) 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 氏名 大正・昭和・平成 年 月 日 | 男 | ()国民健康保険 ()後期高齢者医療 ()その他 | (午前) 月 日 | | | | | | | | | | | |
| | 女 | | (午後) 月 日 | | | | | | | | | | | |

〈肺巡回検診〉

| 氏名・生年月日 | 性別 | 希望検診日 | 検診会場 | 送迎 希望 |
|----------------------|----|----------|------|----------|
| 氏名 大正・昭和 年 月 日 | 男 | (午前) 月 日 | | |
| | 女 | (午後) 月 日 | | |
| 氏名 大正・昭和 年 月 日 | 男 | (午前) 月 日 | | |
| | 女 | (午後) 月 日 | | |

* 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。

健(検)診費用無料制度について

【下記に該当される場合、費用が無料になります。】

- 70歳以上(申請不要)
 - * 胃内視鏡検診を受ける市民税非課税世帯・生活保護世帯の人は事前申請が必要です。
- 20~69歳までの人で、市民税非課税世帯・生活保護世帯(事前申請必要)
 - * 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。