

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(裏面にのりをつけてください)

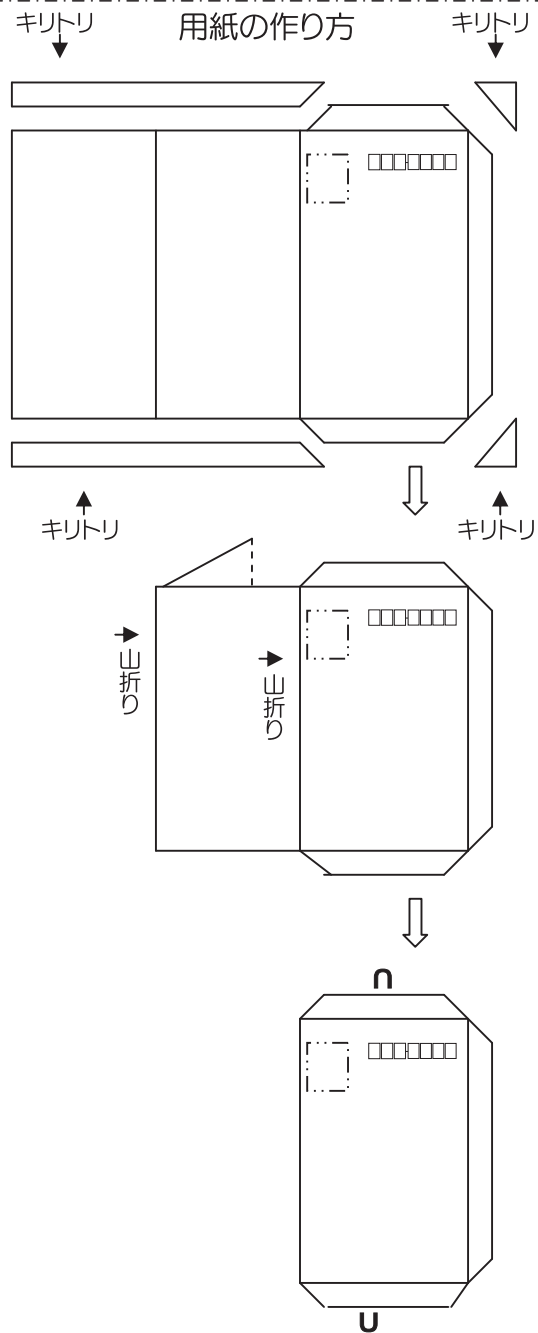
*この用紙は、健（検）診のお申込みのために
ご記入いただくものです。
個人情報の取り扱いには十分注意し目的以外
には使用しません。

福知山市福祉保健部健康医療課

〒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

・キリトリ✂・

のりしろ



用紙の作り方

〈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(つながりやすい番号)・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	(午前) 月 日											
	女	()後期高齢者医療 ()その他	(午後) 月 日											
氏 名 大正・昭和・平成 年 月 日	男	()国民健康保険	(午前) 月 日											
	女	()後期高齢者医療 ()その他	(午後) 月 日											

〈肺巡回検診〉

氏名・生年月日	性別	希望健(検)診日	健(検)診会場	送迎 希望
氏 名 大正・昭和・平成 年 月 日	男	(午前) 月 日		
	女	(午後) 月 日		
氏 名 大正・昭和・平成 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)
- 20～69歳までの人
市民税非課税世帯 → (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健康医療課までお問い合わせください。
- 生活保護世帯 → (事前申込み必要)
- 事前に健康医療課までお問い合わせください。