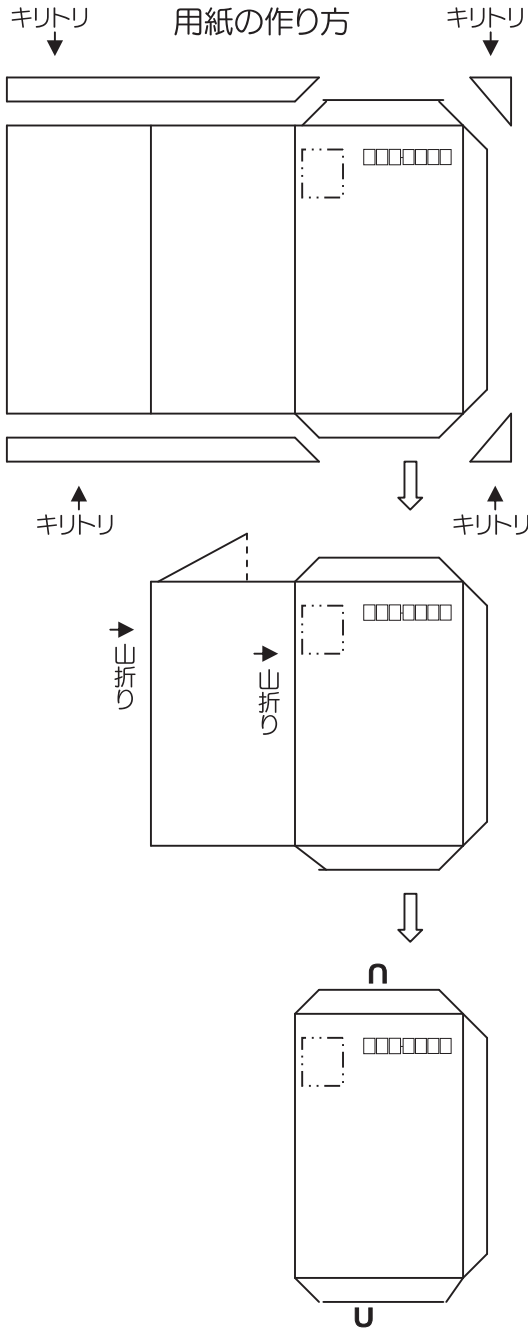


のりしろ

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

〒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

お手数ですが、
84円切手を貼って
投函してください

〒620-8501

福知山市字内記13番地の1(福知山市役所2階)

福知山市役所 健康医療課 宛

【差出人】

住所 福知山市

氏名

のりしろ(裏面ののりしろはひたさない)

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(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 ()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。