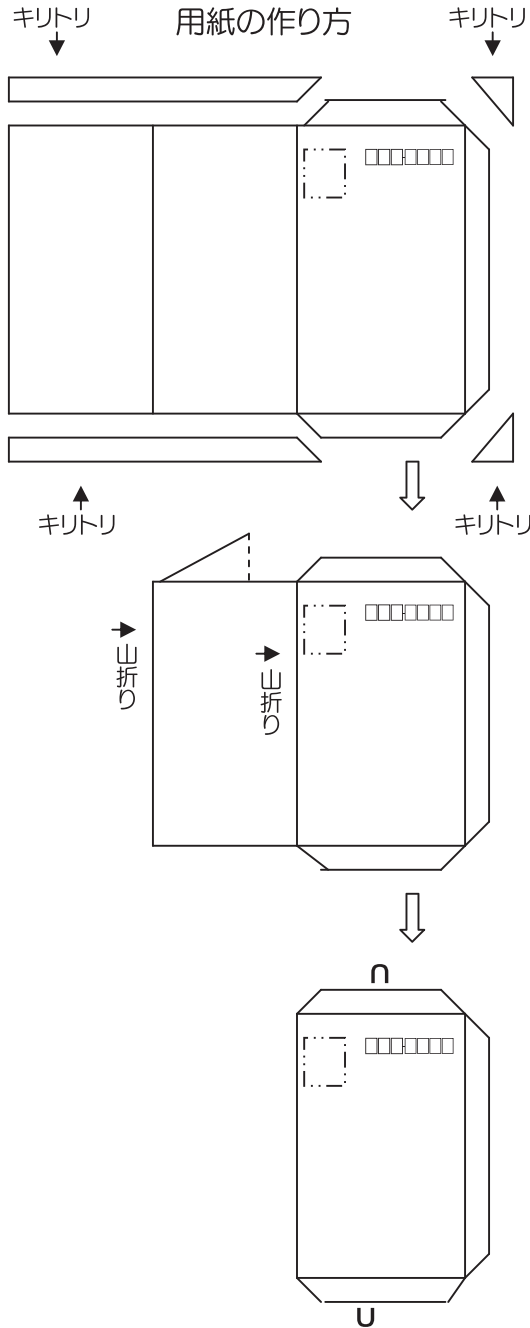


のりしろ

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、  
110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(裏面ののりしろは貼らない)

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

## 〈肺巡回検診〉

\*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。

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

### 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・・・申込み不要 (※胃内視鏡検診は無料申請が必要です。)
- ・20～69歳までの人・・・事前申込み必須
- ・市民税非課税世帯⇒申請にはご本人であることを確認できる書類が必要です。  
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 ⇒事前に健康医療課までお問い合わせください。  
※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。