

がん検診等申し込みハガキ

住所	〒350-川越市		
フリガナ			
氏名		性別	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
生年月日	<input type="radio"/> 大正 <input type="radio"/> 昭和 <input type="radio"/> 平成	年 月 日	(歳)
電話	—	—	

免除申請	自己負担金免除申請 <small>※詳細は21ページ</small>
<input checked="" type="checkbox"/>	市民税非課税世帯に該当する方のみ <input checked="" type="checkbox"/> ・生活保護受給世帯の方 <small>一受給証</small> ・中国残留邦人等支援給付の方 <small>一本人確認証</small>
	医療機関へ提示で無料受診可

↓希望する検診番号と項目に ○ 記入。

施設検診（総合保健センターで受診）		希望日	
① がん検診	胃・肺・大・前・骨	第1希望	月 日
② がん検診	乳・肺・大・骨	第2希望	月 日
③ 乳がん検診	乳・骨	第3希望	月 日
④ 骨密度検診	骨		

集団検診（公共施設を巡回する検診バスで受診）		
⑤ 胃がん検診	胃・大	希望日
⑥ 肺がん検診	肺・大	第1希望
⑦ 乳がん検診	乳・大	第2希望
		会場

個別検診（委託医療機関で受診）	
⑩ 子宮がん検診	⑪ 乳がん検診
⑬ 胃がん内視鏡検診（抽選）	⑭ 歯周病検診
⑮ 健康増進健康診査（生活保護・中国残留邦人等支援給付）	

個別検診無料券申請

自己負担金免除対象者のみ、以下の希望する項目に ○ を記入。

● 個別検診無料券（大腸・前立腺・子宮・乳・胃X線・胃内視鏡・歯周病）

肺がん検診を希望される方（喫煙経験の確認）

喫煙している、または喫煙したことがある方は喫煙本数・年数を記入してください。

※喫煙経験なしの場合は記入不要です。

喫煙している（していた）喫煙本数1日（ ）本、喫煙年数通算（ ）年