

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	※詳細は23ページ
<input 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 → 受給証 ・中国残留邦人等支援給付の方 → 本人確認証	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	<input type="radio"/> 胃・ <input type="radio"/> 肺・ <input type="radio"/> 大・ <input type="radio"/> 前・ <input type="radio"/> 骨	第1希望	月 日
② がん検診	<input type="radio"/> 乳・ <input type="radio"/> 肺・ <input type="radio"/> 大・ <input type="radio"/> 骨	第2希望	月 日
③ 乳がん検診	<input type="radio"/> 乳・ <input type="radio"/> 骨	第3希望	月 日
④ 骨密度検診	<input type="radio"/> 骨		

集団検診 (公共施設を巡回する検診バスで受診)			希望日		会場
⑤ 胃がん検診	<input type="radio"/> 胃・ <input type="radio"/> 大	第1希望	月 日		
⑥ 肺がん検診	<input type="radio"/> 肺・ <input type="radio"/> 大	第2希望	月 日		
⑦ 乳がん検診	<input type="radio"/> 乳・ <input type="radio"/> 大				

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・申込期間あり。詳細は29ページ)	
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。

※無記入の場合は喫煙歴なしとさせていただきます。

喫煙している (していた) 喫煙本数 1日 () 本、喫煙年数通算 () 年