

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"/> 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8ページ 市民税非課税世帯に該当する方のみ☑ [・生活保護受給世帯の方 →受給証] 医療機関へ提示 [・中国残留邦人等支援給付の方 →本人確認証] て無料受診可
<input type="checkbox"/>	下記の個別検診の無料券を希望する場合は○記入 ●個別検診無料券(<input type="radio"/> 大腸 <input type="radio"/> 前立腺 <input type="radio"/> 胃X線)

↓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	希望日	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）

希望日	希望日	会場
⑤ 胃がん検診 (胃・大)	第1希望	月 日
⑥ 肺がん検診 (肺・大)	第2希望	月 日
⑦ 乳がん検診 (乳・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。）
- 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）