

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="text" value="昭和"/> <input type="text" value="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] で無料受診可
<input checked="" 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）			
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	希望日	
② がん検診	<input type="radio"/> 乳 <input type="radio"/> 肺 <input type="radio"/> 大 <input type="radio"/> 骨	第1希望	月 日
③ 乳がん検診	<input type="radio"/> 乳 <input type="radio"/> 骨	第2希望	月 日
④ 骨密度検診	<input type="radio"/> 骨	第3希望	月 日
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	<input type="radio"/> 胃 <input type="radio"/> 大	希望日	会 場
⑥ 肺がん検診	<input type="radio"/> 肺 <input type="radio"/> 大	第1希望	月 日
⑦ 乳がん検診	<input type="radio"/> 乳 <input type="radio"/> 大	第2希望	月 日
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）