


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 checked="" type="radio"/> 女
生年月日	<input checked="" type="radio"/> 大正 <input checked="" type="radio"/> 昭和 <input checked="" 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21ページ 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
	※受診時、70歳以上の方は申請不要	

→ 希望する受診番号と項目に○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。詳細は27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	※受診時、70歳以上の方は申請不要
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 (<input type="radio"/> 大腸 <input type="radio"/> 前立腺 <input type="radio"/> 子宮 <input type="radio"/> 乳 <input type="radio"/> 胃X線 <input type="radio"/> 胃内視鏡 <input type="radio"/> 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