


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 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 | |

→ 施設検診（総合保健センターで受診）

| | | | | |
|-----------------|---------|---|------|-----|
| 希望する受診番号と項目に○記入 | 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）

| | | | | |
|-----------------|---------|--|------|-----|
| 希望する受診番号と項目に○記入 | 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）

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（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