

F A X 送 信 票

深浦町健康推進課（F A X 番号 0 1 7 3 - 8 2 - 0 6 9 3）行き

令和 8 年度 特定健診・がん検診予約申込

地 区 名				
氏 名				
生年月日	S・H 年 月 日	S・H 年 月 日	S・H 年 月 日	S・H 年 月 日
受診する健(検)診 (カッコ内に○)	<input type="checkbox"/> 特定健診 <input type="checkbox"/> 胃がん検診 <input type="checkbox"/> 肺がん検診 <input type="checkbox"/> 大腸がん検診 <input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス検診	<input type="checkbox"/> 特定健診 <input type="checkbox"/> 胃がん検診 <input type="checkbox"/> 肺がん検診 <input type="checkbox"/> 大腸がん検診 <input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス検診	<input type="checkbox"/> 特定健診 <input type="checkbox"/> 胃がん検診 <input type="checkbox"/> 肺がん検診 <input type="checkbox"/> 大腸がん検診 <input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス検診	<input type="checkbox"/> 特定健診 <input type="checkbox"/> 胃がん検診 <input type="checkbox"/> 肺がん検診 <input type="checkbox"/> 大腸がん検診 <input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス検診
保 険 証 (カッコ内に○)	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 社保(加入者本人) <input type="checkbox"/> 社保(被扶養者)	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 社保(加入者本人) <input type="checkbox"/> 社保(被扶養者)	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 社保(加入者本人) <input type="checkbox"/> 社保(被扶養者)	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 社保(加入者本人) <input type="checkbox"/> 社保(被扶養者)
電話番号 (日中連絡のとれる番号)				
備 考				

※土曜日の「65歳以下限定の日」を希望する場合は、備考欄に希望日をご記入ください。

※仕事などで地区指定日に受診できない場合は、備考欄に希望日をご記入ください。

※バスを利用する場合は、備考欄に「バス」とご記入ください。