

FAX番号：0848-64-2130
(令和7年5月31日必着)

三原市 集団健診 予約申込用紙

受診者様 機械で読み取りますので大きくはっきりとご記入ください。

健診受診希望日		会場	
第1希望	月 日 () 希望受付時間 :		
第2希望	月 日 () 希望受付時間 :		
第3希望	月 日 () 希望受付時間 :		
希望健診種別 受けた内容を ○で囲んでください。	①特定健診 40～74歳の方 (後期高齢者被保険者、生活保護世帯の方を除く) ※特定健診受診券が必要です		②基本健診 20歳～39歳の方、後期高齢者被保険者、 20歳以上の生活保護世帯の方
	③肝炎ウイルス検査		④胃がん(バリウム)検査 ※75歳以上の方は医療機関での検診を 推奨しております。
	⑤大腸がん検診		⑥肺がん検診
	⑦前立腺がん検診	⑧乳がん(マンモ)検診	⑨子宮頸がん検診
託児希望 希望の場合 記入してください。	希望する : お子様 人 (歳 か月) (歳 か月) (歳 か月) 7月8日(火)、7月10日(木)、2月3日(火)、2月9日(月)、のみお子様見守りあり		
受診者情報			
カナ氏名 カタカナで氏名を 記入してください。	生年月日		大正 年 月 日 昭和 平成
住所	〒 - 三原市		
保険種別	国保 後期高齢者 社保(本人) 社保(被扶養者) 生保	性別 男 女	電話番号 - -

【ご案内】

- ・受診する検診項目について、現在治療や経過観察のため医療機関を受診中の方は、市のがん検診ではなく、保険診療で検査をしてください。
- ・希望された健診項目が受診できない場合、後日ご連絡します。
健診当日の約1週間前に問診票等が届きますので、ご確認のうえ、ご来場ください。