

FAX番号：0848-64-2130  
(令和8年5月29日必着)

## 三原市集団健診(7月)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	7月 日 ( ) 希望受付時間 :		
第2希望	7月 日 ( ) 希望受付時間 :		
第3希望	7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査を 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		⑩骨粗しょう症検診
お子様見守り 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7日(火)、7月9日(木)、10月19日(月)、2月2日(火)、2月3日(水)、2月8日(月)のみ		
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 昭和 年 月 日 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。

FAX番号：0848-64-2130  
(令和8年8月31日必着)

## 三原市集団健診(10月)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	10月 日 ( ) 希望受付時間 :		
第2希望	10月 日 ( ) 希望受付時間 :		
第3希望	10月 日 ( ) 希望受付時間 :		
希望健診種別 <small>受たい内容を ○で囲んでください。</small>	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)検診 ※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	⑩骨粗しょう症検診	
お子様見守り <small>希望の場合 記入してください。</small>	希望する : お子様 人 ( 歳 か月) ( 歳 か月) ( 歳 か月)  7月7日(火)、7月9日(木)、10月19日(月)、2月2日(火)、2月3日(水)、2月8日(月)のみ		
受診者情報			
カナ氏名 <small>カタカナで氏名を 記入してください。</small>	生年月日	大正 昭和 年 月 日 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。

FAX番号：0848-64-2130  
(令和8年12月28日必着)

## 三原市集団健診(2月)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	2月 日 ( ) 希望受付時間 :		
第2希望	2月 日 ( ) 希望受付時間 :		
第3希望	2月 日 ( ) 希望受付時間 :		
希望健診種別 <small>受たい内容を ○で囲んでください。</small>	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)検診 ※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	⑩骨粗しょう症検診	
お子様見守り <small>希望の場合 記入してください。</small>	希望する : お子様 人 ( 歳 か月) ( 歳 か月) ( 歳 か月)  7月7日(火)、7月9日(木)、10月19日(月)、2月2日(火)、2月3日(水)、2月8日(月)のみ		
受診者情報			
カナ氏名 <small>カタカナで氏名を 記入してください。</small>	生年月日	大正 昭和 年 月 日 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。