

のりしろ

←①をこの線に合わせて折ります

のりしろ

令和6年度健康診査申込書

氏名、生年月日、住所、電話番号(自宅と日中の連絡先)を必ず記入ください。

市では健診料金を判定するため、同一世帯員全員の市民税の課税状況を確認させていただくことにしておりますが、市での確認を承諾しない方は○印を記入してください。
この場合、世帯の非課税証明書などの非課税であることを証明できる書類をご持参しない限り、課税世帯として料金を取り扱います。

②

★受けたい健診の欄に○印を記入してください。

日 程	会 場
12月13日(金)	りすた(南清水沢)

ふりがな	
氏 名	男・女
生年月日	大正昭和平成 年 月 日生 歳
住 所	夕張市
電話番号 (自宅または携帯)	— —
日中の連絡先	— —
保険の種類	国保 ・ 後期高齢 ・ 生活保護 ・ その他

市民税情報の確認をすることを承諾しません									
健康 診査	胃 がん	肺 がん 結核	大腸 がん	肝 炎 ウイルス	骨 粗 しょう 症	前立 腺 がん	ピロリ 菌	エキノ コックス 症	

通信欄

* 託児希望の方は☑してください→ 託児希望 ☐

- 希望などございましたら通信欄に記入ください。
- 生活保護受給者の方は「生活保護受給者証明書」を添付してください。

ふりがな	
氏 名	男・女
生年月日	大正昭和平成 年 月 日生 歳
住 所	夕張市
電話番号 (自宅または携帯)	— —
日中の連絡先	— —
保険の種類	国保 ・ 後期高齢 ・ 生活保護 ・ その他

市民税情報の確認をすることを承諾しません									
健康 診査	胃 がん	肺 がん 結核	大腸 がん	肝 炎 ウイルス	骨 粗 しょう 症	前立 腺 がん	ピロリ 菌	エキノ コックス 症	

肝 炎 ウイルス	骨	←実費でも受けたい方は○印を記入してください
☐	☐	
2,750 円	1,100 円	← 実費負担額

肝 炎 ウイルス	骨	←実費でも受けたい方は○印を記入してください
☐	☐	
2,750 円	1,100 円	← 実費負担額

この用紙はFAX用紙としても使用できます。記入後、この面を送信してください。
保健福祉課 保健係 FAX番号 市役所2階 0123-52-0638

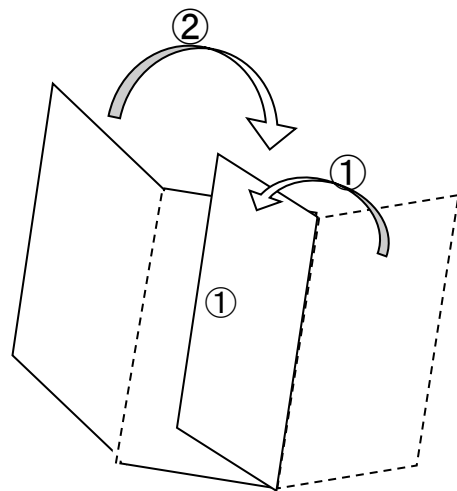
のりしろ

←①をこの線に合わせて折ります

のりしろ

記入後、裏面の組み立て方をご覧になり、封書に組み立て、110 円切手を貼って投函してください。

<申込書の組み立て方>



① 三つ折りにして、のりしろにのりをつけて貼ると、封書になります。

②

山折りにしてください

健康診査 申込書

FAX番号 市役所2階 0123-52-0638

068-0492

110円切手
を貼って
ください

夕張市本町4丁目

夕張市役所

保健福祉課 保健係 行

健康診査の申込締切

11月13日(水)必着

住所	〒068- 夕張市
氏名	