のりしろ

←①をこの線に合わせて折ります

のりしろ

令和7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〇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。

★希望する日程の受けたい健診の欄に〇印を記入してください。
(黒塗の健診は実施していません)

ふりがな		
氏　名	男・女	
生年月日	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)	ー　ー	
日中の連絡先	ー　ー	
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		

ふりがな		
氏　名	男・女	
生年月日	昭和 平成　年　日生　歳	
住　所	夕張市	
電話番号 (自宅または携帯)	ー　ー	
日中の連絡先	ー　ー	
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		

② のりしろ

日　程	会　場	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	乳がん	子宮がん	ヒトパピローマウイルス	前立腺がん	ピロリ菌	エキノコックス症	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	乳がん	子宮がん	ヒトパピローマウイルス	前立腺がん	ピロリ菌	エキノコックス症
8月17日(日)	夕張市役所																								
8月18日(月)	農業研修センター(沼ノ沢)																								
8月19日(火)	鹿の谷生活館																								
8月20日(水)	りすた(南清水沢)																								
9月19日(金)	文化スポーツセンター(若菜)																								
9月20日(土)	りすた(南清水沢)																								
9月21日(日)	りすた(南清水沢)																								
9月22日(月)	紅葉山会館																								

のりしろ

通信欄

＊送迎希望の方は☑してください→ 送迎希望 ☐

送迎希望の方のお住まい地区(南部　清水沢　登川・

・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。

肝炎ウイルス	骨	乳	子宮	
☐	☐	☐	☐	←実費でも受けたい方は〇印を記入してください
2,750円	1,100円	40歳代 6,160円 50歳～ 5,280円	6,820円	← 実費負担額

肝炎ウイルス	骨	乳	子宮	
☐	☐	☐	☐	←実費でも受けたい方は〇印を記入してください
2,750円	1,100円	40歳代 6,160円 50歳～ 5,280円	6,820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

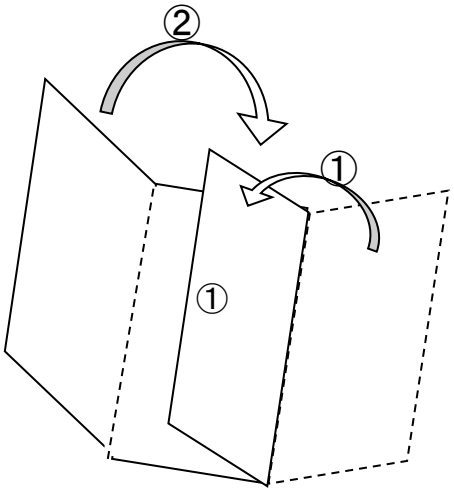
のりしろ

←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＞



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。

①

②

山折りにしてください

山折りにしてください

健康診査申込書

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
7月11日(金)必着

住所	
氏名	