

のりしろ

←①をこの線に合わせて折ります

のりしろ

令和8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。

★受けたい健診の欄に○印を
記入してください。

②

のりしろ

		ふりがな									ふりがな								
		氏 名									男・女								
		生年月日									生年月日								
		昭和 平成 年 月 日生 歳									昭和 平成 年 月 日生 歳								
		住 所									住 所								
		夕張市									夕張市								
		電話番号 (自宅または携帯)									電話番号 (自宅または携帯)								
		— —									— —								
		日中の連絡先									日中の連絡先								
		— —									— —								
		保険の種類									保険の種類								
		国保 ・ 後期高齢 ・ 生活保護 ・ その他									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									市民税情報の確認をすることを承諾しません								
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	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	前立 腺 が ん	ピロリ 菌	エキノ コックス 症
12月11日(金)	りすた(南清水沢)																		
通信欄						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				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	☐

* 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。

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

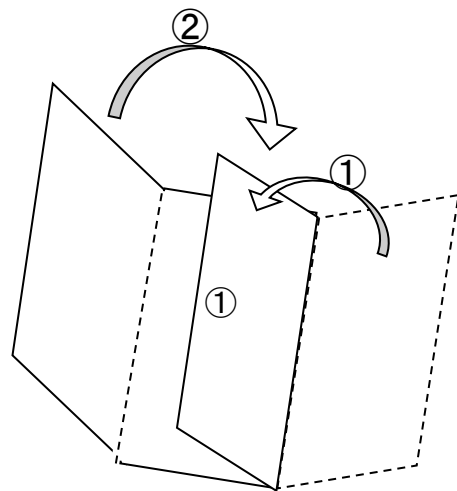
のりしろ

←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ください。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11日(水)必着

住所	〒068- 夕張市
氏名	