令和８年度　町ぐるみ総合健診申込書

◆記入内容は、本町が令和８年度に実施する健診において利用します。健診を受診された人の個人情報は、保健事業の範囲内で利用いたしますので、このことに同意したうえでお申し込みください。

◆健診結果が特定保健指導に該当した場合、必ず特定保健指導を受け、終了する必要があることを理解したうえでお申し込みください。

住　　所	（香 住・村 岡・小 代）区
電話番号	（　　）

【集団健診申込欄】

申込者氏名（生年月日）	年齢（令和９年３月31日現在）	性別	※ご希望の健（検）診に○印をつけてください											託児（保育士配置）
			特定健診 年齢制限なし	各種がん検診 胸部検診 20歳以上対象	胃部検診 40歳以上対象	大腸検診 30歳以上対象	前立腺検診 50歳以上対象	がん検診セット（胸部・胃部・大腸検診＋腫瘍マーカー検査） 40歳以上対象	胃の健康度チェック 39歳以下対象	肝炎ウイルス検診 40歳以上対象	骨粗鬆症検診 20歳以上対象	腹部超音波検診 40歳以上対象	歯周病検診 20歳以上対象	
香　美　　花　子（大,(昭),平 46年 2月 1日）	56 ※1	男・(女)	○	○	○	○				○	○	○	○	
（大, 昭, 平　年　月　日）		男・女												
（大, 昭, 平　年　月　日）		男・女												
（大, 昭, 平　年　月　日）		男・女												
（大, 昭, 平　年　月　日）		男・女												
ご要望														

※1　節目年齢対象者は一部検診が無料になります。詳しくは裏面をご確認ください。

【八鹿病院申込欄】

申込者氏名（生年月日）	年齢	性別	セット健診			前立腺がん	肝炎ウイルス	骨粗鬆症	腹部超音波
			（特定健診＋胸部・胃部・大腸）	〈変更〉胸部CT	※〈変更〉胃カメラ				
（昭和　年　月　日）		男・女							
（昭和　年　月　日）		男・女							
ご要望									

※胃カメラは、偶数年（和暦）生まれの人が対象です。