

令和6年度 北広島町けんしん申込書

北広島町が実施する健診の内容を確認、了承の上、次のとおり申込みます。

専用返信封筒に入れて郵送、または役場へご持参ください。

住所	北広島町				電話番号 <small>日中つながりやすい番号</small>	自宅	-	-	携帯	-	-				
ふりがな 名前					生年月日	年	月	日	年齢	歳	性別	男・女			
<input type="checkbox"/> 国民健康保険証の方（8から始まる番号）				<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療被保険者証の方（1から始まる番号）				務先から交付された保険証の方				<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族			
番号	8					番号	1				生活保護世帯の方 <input type="checkbox"/>				
集団健診	希望日		希望会場に <input checked="" type="checkbox"/> してください		希望の項目に○してください							託児 <input type="checkbox"/> 有 (人)			
	月	日()	<input type="checkbox"/> 芸北 <input type="checkbox"/> 大朝 <input type="checkbox"/> 千代田 <input type="checkbox"/> 豊平	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
医療機関健診	希望医療機関に <input checked="" type="checkbox"/> してください					希望の項目に○してください									
	<input type="checkbox"/> 北広島町雄鹿原診療所 <input type="checkbox"/> 大朝ふるさと病院 <input type="checkbox"/> いのうえ内科 <input type="checkbox"/> 今村メモリアルクリニック <input type="checkbox"/> 北広島病院健康管理室 <input type="checkbox"/> 立川医院 <input type="checkbox"/> 千代田病院 <input type="checkbox"/> 千代田中央病院 <input type="checkbox"/> 北広島町豊平診療所					基本健診 (特定健診)	胃がん (X線)	肺がん	大腸がん	前立腺 がん	乳がん	子宮頸 がん	肝炎	骨粗鬆症 検診	歯周疾患 検診
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	希望の項目に○してください					希望医療機関に <input checked="" type="checkbox"/> してください									
乳がん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 北広島病院健康管理室 <input type="checkbox"/> JA吉田総合病院 健康管理センター <input type="checkbox"/> 広島生活習慣病・がん健診センター幟町 <input type="checkbox"/> 中央通り乳腺検診クリニック <input type="checkbox"/> ひろしま駅前乳腺クリニック <input type="checkbox"/> ひがき乳腺クリニック <input type="checkbox"/> あおぞら健診・内科クリニック <input type="checkbox"/> こころ・やのファミリークリニック													
子宮頸がん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 北広島病院健康管理室 <input type="checkbox"/> JA吉田総合病院 健康管理センター <input type="checkbox"/> 広島生活習慣病・がん健診センター幟町 <input type="checkbox"/> 村上産婦人科クリニック <input type="checkbox"/> 舩本産婦人科医院 <input type="checkbox"/> すみれ産婦人科クリニック <input type="checkbox"/> 女性クリニック ラポール <input type="checkbox"/> 婦人科産科 井原クリニック <input type="checkbox"/> フジハラレディースクリニック <input type="checkbox"/> 頼島産婦人科病院 <input type="checkbox"/> 緑井レディースクリニック													
人間ドック	希望医療機関に <input checked="" type="checkbox"/> してください ※国民健康保険または後期高齢者医療保険加入者のみ					オプション検査									
	<input type="checkbox"/> 大朝ふるさと病院 <input type="checkbox"/> 北広島病院健康管理室 <input type="checkbox"/> 北広島町豊平診療所 <input type="checkbox"/> 千代田中央病院 <input type="checkbox"/> JA吉田総合病院 健康管理センター <input type="checkbox"/> 河村内科消化器クリニック					前立腺がん	乳がん		子宮頸がん						
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 北広島病院健康管理室、JA 吉田総合病院健康 管理センター、河村内科消化器クリニックのみ		<input type="checkbox"/>							

※複数人お申込の方は裏面をご利用いただくかコピーしてください。