

住所	〒731- 北広島町
電話番号	- -

次のことに同意して健診を申し込みます。(重要)

- 健診結果の情報は、医療機関を通じて北広島町へ送られ、保健指導等に活用されること。
- 健診機関へ申込情報を提供すること。
- 精密検査の結果が医療機関から北広島町に報告されること
- 町民税の課税状況及び生活保護受給について確認すること
- 個人が特定されない範囲で統計処理に利用すること

氏名	ふりがな		性別	男 ・ 女	保険証の種類 (該当欄に <input checked="" type="checkbox"/> をしてください)									
					<input type="checkbox"/> 北広島町国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> その他の保険 保険者名 () <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 被扶養者									
生年月日	大正 昭和 平成		年齢	歳										
	年	月	日											
健診区分	希望日 または 希望月	希望会場 または 希望医療機関	受診する健診 (○をつけてください)											
			(特定健診) 基本健診	肺がん	胃がん	大腸がん	子宮頸がん	乳がん	前立腺がん	骨粗鬆症	肝炎	歯周疾患健診		
集団健診	月 日 午前・午後		無料 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X線 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	対象者のみ <input type="checkbox"/>	受検歴のない方 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
医療機関健診	月頃		無料 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X線 <input type="checkbox"/>	加γ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/			
人間ドック	月頃		必須検査項目				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	受検歴のない方 <input type="checkbox"/>				

氏名	ふりがな		性別	男 ・ 女	保険証の種類 (該当欄に <input checked="" type="checkbox"/> をしてください)									
					<input type="checkbox"/> 北広島町国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> その他の保険 保険者名 () <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 被扶養者									
生年月日	大正 昭和 平成		年齢	歳										
	年	月	日											
健診区分	希望日 または 希望月	希望会場 または 希望医療機関	受診する健診 (○をつけてください)											
			(特定健診) 基本健診	肺がん	胃がん	大腸がん	子宮頸がん	乳がん	前立腺がん	骨粗鬆症	肝炎	歯周疾患健診		
集団健診	月 日 午前・午後		無料 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X線 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	対象者のみ <input type="checkbox"/>	受検歴のない方 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
医療機関健診	月頃		無料 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X線 <input type="checkbox"/>	加γ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/			
人間ドック	月頃		必須検査項目				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	受検歴のない方 <input type="checkbox"/>				

