

住所	〒731- 北広島町
電話番号 ※日中つながりやすい番号	- -

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	年	月	日	年齢	歳							
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	前立腺がん	乳がん	子宮頸がん	骨粗鬆症	肝炎	歯周疾患健診
集団健診	月 日 午前・午後		無料		X線					対象者のみ	受検歴のない方	
医療機関健診	医療機関と調整してください		無料		X線	加γ				/		
人間ドック			必須検査項目									

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	年	月	日	年齢	歳							
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	前立腺がん	乳がん	子宮頸がん	骨粗鬆症	肝炎	歯周疾患健診
集団健診	月 日 午前・午後		無料		X線					対象者のみ	受検歴のない方	
医療機関健診	医療機関と調整してください		無料		X線	加γ				/		
人間ドック			必須検査項目									