

人間ドック・レディースドック申し込み用紙（40歳以上対象）

《書き方》

- 住所、日中連絡先、氏名（ふりがな）、生年月日を記入し、性別は○を付けてください。
- 保険の種類は該当の□にレを付けてください。
 (1)～(3)以外の方は、各医療保険者から発行された特定健康診査受診券を見て保険の名称、保険者番号を記入してください。
 特定健康診査受診券が発行される被扶養の方は、手元に届いてからお申し込みください。手元に届いている方は、はいの□にレを付け、11桁の受診券整理番号を記入してください。特定健康診査受診券の発行のない方は自己負担金が必要となりますので、いいえの□にレを付けてください。
- 実施日から希望日を第1～3希望まで記入してください。希望日以外の日程でも良い場合は、「第1～3希望が定員に達している場合、空いている一番早い日程を希望する。」の□にレを付けてください。
 レディースドックで胃がん検診（バリウム）の受診を希望しない場合は、7/4（土）・8/16（日）・12/11（金）のいずれかを記入してください。

★太枠内を記入漏れのないようボールペンでご記入ください。

住	〒474-00	日中連絡先	自宅	-
所	大府市 町		携帯	- -

男性の方は、人間ドックに、女性の方は、人間ドックまたはレディースドックどちらかにご記入ください。

2026年度 人間ドック No _____

2026年度 レディースドック No _____

①

ふりがな	-----	
氏名	姓	名
性別	男 ・ 女	
生年月日	大正 ・ 昭和	年 月 日

②

保険の種類
 (1)～(4)で該当する□にレを付けてください。

(1) 後期高齢者医療（保険者番号 39232236）
 (2) 大府市国民健康保険（保険者番号 230243・67230243）
 (3) 生活保護世帯
 (4) (1)～(3)以外の保険組合の方
 保険組合名称 _____ 保険者番号 _____
 { _____ } { _____ }

(4)の方ははい・いいえどちらかにレを付けてください

特定健康診査受診券は届いていますか？
 はい→整理券番号を記入ください。

受診券整理番号(11桁) 2 6 _____

いいえ→下記の内容に同意しレを付けてください。
 特定健康診査受診券の発行がないため、自己負担金 5,885 円を支払いただきます。

③

希望する方は□にレをつけてください

前立腺がん（50歳以上の男性のみ対象）
 胃がんハイリスク（ピロリ菌便中抗原検査）（過去に受けたことが無い方のみ対象）

④

第1希望	月 日 ()	<input type="checkbox"/> 第1～3希望が定員に達している場合、空いている一番早い日程を希望する。
第2希望	月 日 ()	
第3希望	月 日 ()	

①

ふりがな	-----	
氏名	姓	名
性別	女	
生年月日	大正 ・ 昭和	年 月 日

②

保険の種類
 (1)～(4)で該当する□にレを付けてください。

(1) 後期高齢者医療（保険者番号 39232236）
 (2) 大府市国民健康保険（保険者番号 230243・67230243）
 (3) 生活保護世帯
 (4) (1)～(3)以外の保険組合の方
 保険組合名称 _____ 保険者番号 _____
 { _____ } { _____ }

(4)の方ははい・いいえどちらかにレを付けてください

特定健康診査受診券は届いていますか？
 はい→整理券番号を記入ください。

受診券整理番号(11桁) 2 6 _____

いいえ→下記の内容に同意しレを付けてください。
 特定健康診査受診券の発行がないため、自己負担金 5,885 円を支払いただきます。

③

希望する方は□にレをつけてください

胃がんハイリスク（ピロリ菌便中抗原検査）（過去に受けたことが無い方のみ対象）

④

第1希望	月 日 ()	<input type="checkbox"/> 第1～3希望が定員に達している場合、空いている一番早い日程を希望する。
第2希望	月 日 ()	
第3希望	月 日 ()	

胃がん検診（バリウム）の受診を希望しない場合は、7/4（土）・8/16（日）・12/11（金）のいずれかを記入してください。

《注意事項》

- ・この用紙で、人間ドック・レディースドックそれぞれ1人ずつ申し込みできます。申し込みは、一人につきどちらか1種類でお願いします。用紙にご記入いただくのは同一世帯の方に限ります。
- ・用紙は市公式ウェブサイトから印刷できます。
- ・希望する日程の1か月前までにお申し込みください。申込完了後、約1～2週間後に受診日決定の案内を送付します。受診日の約2週間前に問診票等をお送りします。事前に内容を読んで受診ください。

料金受取人払郵便

半田局
承認
4077

差出有効期限
2027年3月
31日まで

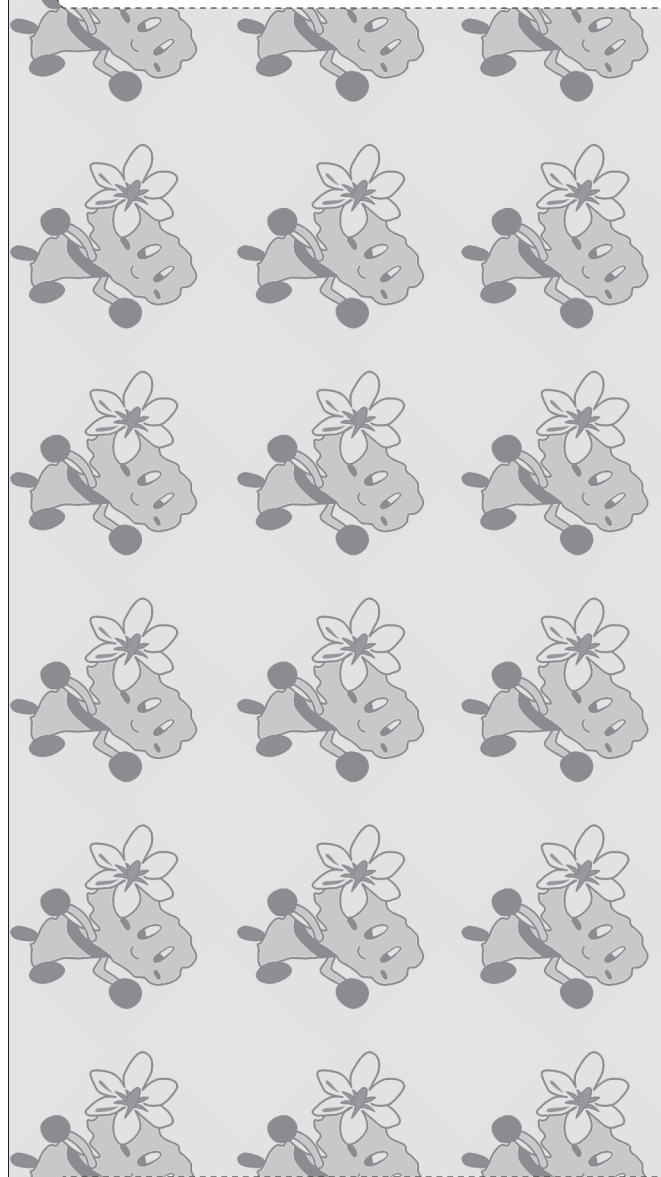
4 7 5 - 8 7 9 0

半田郵便局 私書箱 10号
(一般社団法人)
半田市医師会健康管理センター

大府市ドック予約係 行



のりしろ



のりしろ

きりとり

裏面をご記入の上、きりとり線で切り取り、のりしろにのりをつけて、投函してください。切手は必要ありません。