

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、氏名(ふりがな)、生年月日を記入し、性別は○をつけてください。
- 保険の種類は該当の□にしをつけてください。「その他」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。
 「その他」の方で、特定健康診査受診券をお持ちの被扶養の方は、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□にしをつけ、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□にしをつけてください。
- 保険証をご覧のうえ、記号番号又は被保険者番号を記入してください。ただし後期高齢者医療・大府市国民健康保険の方は被保険者番号のみを記入して下さい。
- 前立腺がん検診または胃がんハイリスク検診を希望される方は□にしをつけてください。
- 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□にしをつけてください。
 ・用紙が足りない場合は各自でコピーし、封筒に同封してください。(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ダウンロードできます。

★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 所	〒474-00 大府市 町	日中連絡先	自宅 - 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。

令和6年度 人間ドック No. _____

令和6年度 レディースドック No. _____

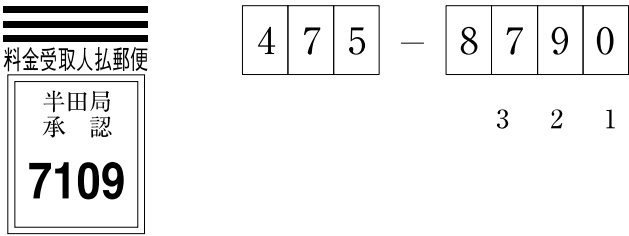
①	ふりがな 氏名	姓 _____ 名 _____
	性別	男 ・ 女
	生年月日	大正 ・ 昭和 年 月 日
②	保険の種類 <small>(1)～(4)で該当する□にしをつけてください。</small>	<input type="checkbox"/> (1) 後期高齢者医療 (保険者番号 39232236) <input type="checkbox"/> (2) 大府市国民健康保険 (保険者番号 230243・67230243) <input type="checkbox"/> (3) 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> (4) (1)～(3)以外の保険組合の方 保険組合名称 _____ 保険者番号 _____ (4)の方は はい・いいえどちらかにしをつけてください 特定健康診査受診券は届いていますか? <input type="checkbox"/> はい→整理券番号を記入ください。 受診券整理番号(11桁) 2 4 _____
	③	保険証の記号番号 記号 _____ 番号(後期・国保の方は番号のみ)
	④	追加がん検診 <input type="checkbox"/> 前立腺がん(50歳以上の男性のみ対象) <input type="checkbox"/> 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)
	⑤	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 <small>(1)～(4)で該当する□にしをつけてください。</small>	<input type="checkbox"/> (1) 後期高齢者医療 (保険者番号 39232236) <input type="checkbox"/> (2) 大府市国民健康保険 (保険者番号 230243・67230243) <input type="checkbox"/> (3) 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> (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・いいえどちらかにしをつけてください 特定健康診査受診券は届いていますか? <input type="checkbox"/> はい→整理券番号を記入ください。 受診券整理番号(11桁) 2 4 _____
	③	保険証の記号番号 記号 _____ 番号(後期・国保の方は番号のみ)
	④	追加がん検診 <input type="checkbox"/> 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)
	⑤	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()

※希望する日程の4週間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。

《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。この用紙にご記入いただくのは同一世帯の方に限ります。
- ・**受診しない項目がある場合は当日受付でお伝えください。(申し込み時には受付できません)**
- ・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。

 <p>料金受取人払郵便 半田局 承認 7109 差出有効期限 2025年3月 31日まで</p> <p>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</p> <p>大府市ドック予約係 行</p> 	<p>のりしろ</p>  <p>のりしろ</p>

きりとり

きりとり

のりしろ

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。