

申し込み方法

下記の日程を確認し、はがきまたは電話・窓口で期日までに申し込みください。

10月21日(日)・22日(月) **11月2日(金)・3日(土)**

はがき締切 9月25日(火) 10月5日(金)
電話・窓口締切 10月5日(金) 10月19日(金)

※受付時間の確定は申し込み順です。

※第1から3希望までの日程が定員に達し、受付を締め切っている場合は、空きのある日程をご案内する場合がありますので、ご了承ください。

はがきの記入方法

- 住所、電話番号、氏名、フリガナ、性別、生年月日、年齢(平成31年3月31日現在の年齢)をご記入ください。連絡のため、必ず電話番号の記入をお願いします。
- 受診希望日を第3希望まで選んでご記入ください。
- 受付希望時間と受診したい健診項目に○をつけてください。対象年齢などを左のページでよくご確認ください。
- 記入もれがないかご確認後、切り取り線をはさみで切り取り、二つ折りにしてのりづけしてください。記入面が隠れないようにご注意ください。
- はがきとして使用できます。切手をはらずに投函してください。

平成30年度 赤池会場 健診申込はがき

住所 福智町 赤池 970-1
電話番号 0947-28-9500
フリガナ フクチ ハナコ フクチ タロウ
氏名 福智 花子 福智 太郎
性別 男・女 男・女
生年月日 T・S・H 46年8月14日(47)歳 T・S・H 38年2月25日(56)歳
↓平成31年3月31日時点の年齢をご記入ください。↓午前の健診

受診したい項目 ○をつけてください	国保健診	<input type="checkbox"/>	国保健診	<input type="checkbox"/>
	基本健診	<input type="checkbox"/>	基本健診	<input type="checkbox"/>
	胸部レントゲン	<input type="checkbox"/>	胸部レントゲン	<input type="checkbox"/>
	胃	<input type="checkbox"/>	胃	<input type="checkbox"/>
	乳(2年に1回)	<input type="checkbox"/>	乳(2年に1回)	<input type="checkbox"/>
	子宮(2年に1回)	<input type="checkbox"/>	子宮(2年に1回)	<input type="checkbox"/>
[国保健診]・[基本健診]以外にご加入の健康保険に関係なく受診できます。	大腸	<input type="checkbox"/>	大腸	<input type="checkbox"/>
	骨(女性)	<input type="checkbox"/>	骨(女性)	<input type="checkbox"/>
	B型肝炎(一生に1回)	<input type="checkbox"/>	B型肝炎(一生に1回)	<input type="checkbox"/>
C型肝炎(一生に1回)	<input type="checkbox"/>	C型肝炎(一生に1回)	<input type="checkbox"/>	
受診希望日 受診希望日を記入してください(※)	第1希望	10月21日(日)	第1希望	10月22日(月)
	第2希望	10月22日(月)	第2希望	11月3日(土)
	第3希望	11月2日(金)	第3希望	11月2日(金)
受付希望時間 ○をつけてください(※)	受付時間 1: 8時30分~9時45分 2: 10時~11時15分		受付時間 ①: 8時30分~9時45分 ②: 10時~11時15分	

※希望の多い受付希望日・時間は、申し込みの先着順に確定します。

基本的な健診項目

▶国保加入者は「国保健診」、生保受給者は「基本健診」を無料で受診できます。

検査項目	検査内容	対象 ※年齢は平成31年3月31日時点の年齢。	料金
国保健診	問診、身体測定、腹囲測定、診察、血液検査、血圧、尿検査など	国民健康保険に加入している 40歳~74歳の男女	無料
基本健診	問診、身体測定、腹囲測定、診察、血液検査、血圧、尿検査など	生活保護受給者で保険に加入していない 40歳以上の男女	無料

「がん検診」「骨粗しょう症検診」「肝炎ウイルス検診」

- ▶加入している保険に関係なく、対象にあてはまれば、次の項目から受診したいものを選んで受けられます。
- ▶「70歳以上の人」「生活保護受給者」「町民税非課税世帯」「65~69歳の後期高齢者医療受給者」は受診無料です。

検査項目	検査内容	対象 ※年齢は平成31年3月31日時点の年齢。	料金
肺がん検診	1 胸部レントゲン検査	40歳以上の男女	300円
	2 喀痰検査(3日分を提出) ⇒電話でお申し込みください。はがき不可。 ⇒胸部レントゲン検査も必ず受けてください。	50歳以上で「1日の喫煙本数×喫煙年数」が600以上の人 ※国の指針に基づき、血痰などの症状がある人は喀痰検査の対象外となりました。血痰などの症状がある人は、直接医療機関を受診してください。	900円
胃がん検診	バリウムによる胃部レントゲン撮影	40歳以上の男女	1000円
大腸がん検診	検便(2日分を提出)	40歳以上の男女	500円
乳がん検診 ⇒2年に1回	マンモグラフィ(乳腺専用のレントゲン)	40歳以上の女性 ※去年受けた人は対象外。妊婦、授乳中の人、水頭症シャント術をしている人、乳房豊胸術をしている人、ペースメーカーを装着している人は受けられません。	1300円
子宮頸がん検診 ⇒2年に1回	子宮頸部の細胞検査	20歳以上の女性 ※生理中・妊娠の可能性のある人は避けてください。	900円
骨粗しょう症検診	超音波による骨密度測定	基準日に40、45、50、55、60、65、70歳の女性	900円
肝炎ウイルス検診 ⇒一生に1回	B型・C型肝炎の血液検査。国保健診、基本健診を受診の場合、一緒に採血します。	40歳以上の男女 B型+C型	1000円
		C型のみ	700円
		B型のみ	300円

注意事項

- 【全員】申し込み内容を参考に、受診日と受付時間を決定し、健診日の7日前までに問診票などの「健診セット」を自宅へお送りします。
- 【全員】料金は健診当日、会場でお支払いください。
- 【国保健診】国保に加入している人が平成31年3月31日までに75歳になる場合は、誕生日の前日までは「国保健診」を受診できます。心電図・眼底検査・貧血検査は一定の基準に該当する人のみ対象です。
- 【乳がん】乳がん検診は時間内に案内できる定員が少ないので、他の検診と異なり受付時間が遅くなる場合があります。
- 【肺がん】65歳以上の方は、肺がん検診に結核検診(無料)を兼ねています。65歳以上の方は、感染症法で年1回のレントゲン検査が義務付けられています。医療機関などで受ける機会がない人は年に1回は受けましょう。
- 【肺がん・胃がん】ペースメーカー装着中の人は、申込前に、集団健診の胸部レントゲン検査・胃がん検診を受診してもよいか主治医にご相談ください。
- 【胃がん】胃がん検診は、自力で立てない場合や、過去にバリウムを飲んで受診を要するほどの過敏症状が出たことのある人は受けられません。
- 【肝炎ウイルス】県が行う肝炎ウイルス検診(無料)もあります。申し込み・受診は、別途田川保健福祉事務所 ☎42-9345へお問い合わせください。

✂切り取り線 線に沿って切り取って記入漏れがないかご確認後、切手をはらずにそのままポストに投函してください。 切り取り線 ✂

はがきの投函方法

個人情報保護のため、下記の方法で二つ折りにして投函してください。

【二つ折りの方法】

- 記入後、記入した面を内側に、表面のおりしろにそって折ります。
- のりしろ部分(色がついている部分)にのみ、のりをつけて貼り合わせます。記入面にのりがつかないようにご注意ください。
- のりが乾いたら切手を貼らずにそのまま郵便ポストへ投函してください。



記入した情報が内側に隠れるように二つ折り。 のりがしっかりとついていることを確認し、ポストへ。

平成30年度 赤池会場 健診申込はがき

住所 福智町
電話番号 -
フリガナ
氏名
性別 男・女 男・女
生年月日 T・S・H 年月日()歳 T・S・H 年月日()歳
↓平成31年3月31日時点の年齢をご記入ください。↓午前の健診

受診したい項目 ○をつけてください	国保健診	<input type="checkbox"/>	国保健診	<input type="checkbox"/>
	基本健診	<input type="checkbox"/>	基本健診	<input type="checkbox"/>
	胸部レントゲン	<input type="checkbox"/>	胸部レントゲン	<input type="checkbox"/>
	胃	<input type="checkbox"/>	胃	<input type="checkbox"/>
	乳(2年に1回)	<input type="checkbox"/>	乳(2年に1回)	<input type="checkbox"/>
	子宮(2年に1回)	<input type="checkbox"/>	子宮(2年に1回)	<input type="checkbox"/>
[国保健診]・[基本健診]以外にご加入の健康保険に関係なく受診できます。	大腸	<input type="checkbox"/>	大腸	<input type="checkbox"/>
	骨(女性)	<input type="checkbox"/>	骨(女性)	<input type="checkbox"/>
	B型肝炎(一生に1回)	<input type="checkbox"/>	B型肝炎(一生に1回)	<input type="checkbox"/>
C型肝炎(一生に1回)	<input type="checkbox"/>	C型肝炎(一生に1回)	<input type="checkbox"/>	
受診希望日 受診希望日を記入してください(※)	第1希望	月 日()	第1希望	月 日()
	第2希望	月 日()	第2希望	月 日()
	第3希望	月 日()	第3希望	月 日()
受付希望時間 ○をつけてください(※)	受付時間 1: 8時30分~9時45分 2: 10時~11時15分		受付時間 1: 8時30分~9時45分 2: 10時~11時15分	

※希望の多い受付希望日・時間は、申し込みの先着順に確定します。

色がついている部分のみのりづけし、二つ折りにしてください