

集団健診日・会場

日程はいずれかの1日からお選びください。健診会場はコスモス保健センター1か所です。

- 1 7月12日(日)・13日(月) はがき申込締切 6月12日(金) 電話・窓口申込締切 6月26日(金)
- 2 9月1日(火)・2日(水) はがき申込締切 7月31日(金) 電話・窓口申込締切 8月18日(火)
- 3 10月8日(木)・9日(金)・10日(土) はがき申込締切 9月11日(金) 電話・窓口申込締切 9月25日(金)

4 10月26日(月)・27日(火) はがき申込締切 9月25日(金) 電話・窓口申込締切 10月9日(金)

5 11月6日(金)・7日(土)・8日(日) はがき申込締切 10月9日(金) 電話・窓口申込締切 10月23日(金)

【会場】  
コスモス保健センター  
(福智町赤池970番地1)



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2021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

※ 心電図・眼底・貧血検査は、一定の基準に該当した人のみ対象です。

「風しん抗体検査」「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ることができます。
- ▶ 「70歳以上の人」「生活保護受給者」「町民税非課税世帯の人」「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2021年3月31日時点の年齢	料金
風しん抗体検査	血液検査。対象外になる場合があります。申し込み後、電話で確認します。	昭和37年4月2日～54年4月1日生まれの男性 ※対象者には個別に通知します。	無料 ※要クーポン
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
乳がん検診 ⇒2年に1回	マンモグラフィ(乳房レントゲン検査)	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 ※去年受けた人は対象外。生理中は避けてください。	900円
大腸がん検診	検便(2日分を提出)	40歳以上の男女	500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

申し込み方法

P.19記載の日程を確認し、はがきまたは電話・窓口で期日までにお申し込みください。

受付開始日

5月7日(木) 電話・窓口受付時間 8:30-17:15 ※土日祝日除く

- ※ 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(2021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。

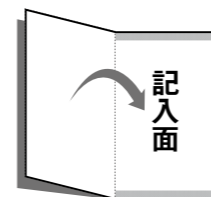
✂ 切り取り線

はがきの投函方法

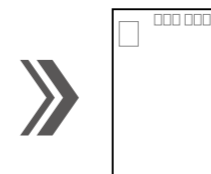
個人情報保護のため、下記の方法で二つ折りにして投函してください。

【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。

【令和2年度】 健診申込はがき(2人分)

住所 福智町 赤池 970-1  
電話番号 0947-28-9500  
フリガナ フクチ タロウ フクチ ハナコ  
氏名 福智 太郎 福智 花子  
性別 男・女 男・女  
生年月日 T・S・H ↓2021年3月31日時点の年齢をご記入ください。 T・S・H  
44年 2月 6日(52)歳 46年 6月 6日(49)歳  
↓午前の健診

受診したい項目	国保健診	基本健診	国保健診	基本健診
風しん抗体検査(41～58歳の男性)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	風しん抗体検査(41～58歳の男性)	<input type="checkbox"/>
胸部レントゲン	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	胸部レントゲン	<input type="checkbox"/>
乳(2年に1回)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	乳(2年に1回)	<input type="checkbox"/>
子宮(2年に1回)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	子宮(2年に1回)	<input type="checkbox"/>
大腸 骨(女性)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	大腸 骨(女性)	<input type="checkbox"/>
B型肝炎(一生に1回)	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	C型肝炎(一生に1回)	<input type="checkbox"/>
受診希望日 第1希望	7月12日(日)	第1希望	9月1日(火)	
受診希望日 第2希望	10月10日(土)	第2希望	9月2日(水)	
受診希望日 第3希望	11月6日(金)	第3希望	11月8日(日)	
受付希望時間	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	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。

【令和2年度】 健診申込はがき(2人分)

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 ↓2021年3月31日時点の年齢をご記入ください。 T・S・H  
年 月 日( )歳 年 月 日( )歳  
↓午前の健診

受診したい項目	国保健診	基本健診	国保健診	基本健診
風しん抗体検査(41～58歳の男性)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	風しん抗体検査(41～58歳の男性)	<input type="checkbox"/>
胸部レントゲン	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	胸部レントゲン	<input type="checkbox"/>
乳(2年に1回)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	乳(2年に1回)	<input type="checkbox"/>
子宮(2年に1回)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	子宮(2年に1回)	<input type="checkbox"/>
大腸 骨(女性)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	大腸 骨(女性)	<input type="checkbox"/>
B型肝炎(一生に1回)	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	C型肝炎(一生に1回)	<input type="checkbox"/>
受診希望日 第1希望	月 日( )	第1希望	月 日( )	
受診希望日 第2希望	月 日( )	第2希望	月 日( )	
受診希望日 第3希望	月 日( )	第3希望	月 日( )	
受付希望時間	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	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