

はがきの申込期限・記入方法

8月31日 月 (当日消印有効)

※ 受診希望者のみ期間内にはがきを投函してください。

※ 受付時間の確定は申し込みの先着順です。

※ 8月31日 月 を過ぎた場合、10月2日 金 までにコスモス保健センター ☎ 28-9500 へ電話で申し込みください。

- 住所、電話番号、氏名、フリガナ、性別、生年月日、年齢 (平成28年3月31日現在) 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。
- 受けたい健診項目に○をつけてください。対象年齢などを、右のページでよくご確認ください。
- 受診を希望する日を1つ選んで○をつけてください。
- 受付希望時間に○をつけてください。希望の多い受付時間は、申し込みの先着順となります。
- 記入漏れがないかご確認後、点線をはさみで切り取り、切手をはらずにそのままポストに投函してください。
- はがきとしてそのまま使用できますが、個人情報が含まれますので、必要な場合は市販の保護シールをはるか、封筒に入れて切手を貼り、ポストに投函してください。

【平成27年度】方城会場 健診申込はがき

住所	福智町 金田937番地2			
電話番号	(0947) 22 - 0555			
確認事項	申込みにあたり健診料金の算定のために、医療・所得状況等について関係課に調査・問い合わせすることに同意します。		申込みにあたり健診料金の算定のために、医療・所得状況等について関係課に調査・問い合わせすることに同意します。	
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 45年8月14日(45)歳		T・S・H 38年2月	
※平成28年3月31日時点の年齢をご記入ください。				
受けたい項目 ○をつけてください	国保健診		国保健診	
	基本健診		基本健診	
太枠内はご加入の健康保険に関係なく受診できます。	胸部レントゲン	<input type="checkbox"/>	胸部レントゲン	<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"/>
	大腸 骨(女性)	<input type="checkbox"/>	大腸 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 1つを選び、○をつけてください	10月16日 金 方城保健センター		10月16日 金 方城保健センター	
	10月17日 土 方城保健センター		10月17日 土 方城保健センター	
	10月18日 日 方城保健センター		10月18日 日 方城保健センター	
	10月19日 月 方城保健センター		10月19日 月 方城保健センター	
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	

※ 希望の多い受付時間は、申し込みの先着順です。
※ 乳がん検診の受付は定員により11時30分～13時15分になる場合があります。

1 健診の受付日時

10月16・17・18・19日

受付時間▶ 8時30分～11時15分
(乳がん・子宮がん検診▶ 8時30分～13時15分)

⇒ 乳がん検診は時間内にご案内できる定員が少ないため、ほかの検診と異なり、受付時間が遅くなる場合があります。

今回の会場は **方城保健センター**



2 申し込み方法

はがき▶ 8月31日 月 まで (当日消印有効)

左のはがきに記入して投函ください。受付時間の確定は申し込み順です。

⇒ 「^{かくたん}喀痰検査」のみは、はがきで申し込みできません。コスモス保健センターまで電話で申し込みください。

電話▶ 9月1日 火 ～ 10月2日 金

はがき申し込み締め切り後はコスモス保健センター ☎ 28-9500 まで電話で申し込みください。

3 料金について

次に該当すれば **受診料が無料**

- 生活保護受給者
⇒ 「診療依頼書」を持参してください。
- 町民税非課税世帯に属する人
⇒ 所得状況の申告をされていない人は、税情報の確認ができませんので検診料は有料となります。また平成27年1月1日時点で町外に住んでいた人は、そちらの市町村役場の「非課税世帯証明」を取得し、持参してください。
- 65～69歳の後期高齢者医療受給者
⇒ 一定の障害があり後期高齢者医療に加入している人は、「後期高齢者医療保険証」を持参してください。
- 70歳以上の人

※ 年齢の基準日は平成28年3月31日

検査項目	検査内容	対象	料金
① 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	国民健康保険加入者で、40歳～74歳の男女	無料
① 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、保険未加入の40歳以上の男女	無料
② ③ 肺がん検診 ⇒ 65歳以上は結核検診を兼ねる(無料)	① 胸部レントゲン検査 ② 喀痰検査 ⇒ 右の①または②に該当する人が対象。 ⇒ 必ず胸部レントゲン検査も受けてください。	40歳以上の男女 ① 50歳以上で「1日喫煙本数×喫煙年数」が600以上の人 ② 40歳以上で、半年以内に血痰があった人	300円 900円
③ ④ 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	1,000円
乳がん検診 ⇒ 2年に1回	乳房レントゲン検査、視触診	40歳以上の女性 ※ 去年受けた人は対象外 ※ 妊婦、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。	1,900円
子宮がん検診 ⇒ 2年に1回	子宮頸部細胞診検査	20歳以上の女性 ※ 去年受けた人は対象外	900円
大腸がん検診	検便	40歳以上の男女	500円
骨粗しょう症検診	骨密度測定	基準日に40、45、50、55、60、65、70歳の女性	900円
⑤ 肝炎ウイルス検診	B・C型肝炎の血液検査 ※ 過去に肝炎ウイルス検診を受けたことがある人、現在肝炎治療中の人は対象外。	B型+C型	1,000円
		B型のみ	300円
		C型のみ	700円

※ 申込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みなさんの自宅へ送ります。なお、料金は健診当日、会場でお支払いください。

① 心電図・眼底・貧血検査について

国保健診・基本健診を受けた人で、「貧血検査」「心電図」「眼底検査」を受けることができるのは、昨年町の健診結果が一定の基準に該当した人のみです。対象者には健診セットを送る際にあわせてお知らせします。

② 肺がん検診について

65歳以上の人は、感染症法で年1回はレントゲン検査の受診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1回は胸部レントゲン検査を受けましょう。

③ ペースメーカーを装着している人について

申し込み前に、胸部レントゲン検査や胃がん検診を受診してよいか主治医に相談してください。

④ 胃がん検査について

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ひどい便秘・じんましんなどの過敏症状が出たことがある人は胃がん検査を受けられません。

⑤ 県の肝炎ウイルス検査について(無料)

県が行う肝炎ウイルス検診(無料)もあります。申し込み方法や実施医療機関については、田川保健福祉事務所 ☎ 42-9345 まで問い合わせください。

✂ 切り取り線

【平成27年度】方城会場 健診申込はがき

住所	福智町			
電話番号	() -			
確認事項	申込みにあたり健診料金の算定のために、医療・所得状況等について関係課に調査・問い合わせすることに同意します。		申込みにあたり健診料金の算定のために、医療・所得状況等について関係課に調査・問い合わせすることに同意します。	
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28年3月31日時点の年齢をご記入ください。				
受けたい項目 ○をつけてください	国保健診		国保健診	
	基本健診		基本健診	
太枠内はご加入の健康保険に関係なく受診できます。	胸部レントゲン	<input type="checkbox"/>	胸部レントゲン	<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"/>
	大腸 骨(女性)	<input type="checkbox"/>	大腸 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 1つを選び、○をつけてください	10月16日 金 方城保健センター		10月16日 金 方城保健センター	
	10月17日 土 方城保健センター		10月17日 土 方城保健センター	
	10月18日 日 方城保健センター		10月18日 日 方城保健センター	
	10月19日 月 方城保健センター		10月19日 月 方城保健センター	
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	

※ 希望の多い受付時間は、申し込みの先着順です。
※ 乳がん検診の受付は定員により11時30分～13時15分になる場合があります。

【平成27年度】方城会場 健診申込はがき

住所	福智町			
電話番号	() -			
確認事項	申込みにあたり健診料金の算定のために、医療・所得状況等について関係課に調査・問い合わせすることに同意します。		申込みにあたり健診料金の算定のために、医療・所得状況等について関係課に調査・問い合わせすることに同意します。	
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28年3月31日時点の年齢をご記入ください。				
受けたい項目 ○をつけてください	国保健診		国保健診	
	基本健診		基本健診	
太枠内はご加入の健康保険に関係なく受診できます。	胸部レントゲン	<input type="checkbox"/>	胸部レントゲン	<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"/>
	大腸 骨(女性)	<input type="checkbox"/>	大腸 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 1つを選び、○をつけてください	10月16日 金 方城保健センター		10月16日 金 方城保健センター	
	10月17日 土 方城保健センター		10月17日 土 方城保健センター	
	10月18日 日 方城保健センター		10月18日 日 方城保健センター	
	10月19日 月 方城保健センター		10月19日 月 方城保健センター	
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	

※ 希望の多い受付時間は、申し込みの先着順です。
※ 乳がん検診の受付は定員により11時30分～13時15分になる場合があります。