

2016年度 生活習慣病予防健診（特定健診）申込書【被扶養者用】

フリガナ 受診者氏名			続柄	
生年月日	昭和	年	月	日
住所	〒 —			
電話番号	() —			
被保険者氏名			健康保険証 記号—番号	—
受診希望日	第1希望日 月 日	第2希望日 月 日	第3希望日 月 日	
C型肝炎ウイルス検査 ※	・希望しない ・希望する			
がん検診について、該当する項目を○で囲んで下さい※	胃検診※	・希望しない ・間接撮影を希望	・直接撮影を希望（個人負担2,000円） ・カメラを希望（個人負担2,000円）	
	大腸検診 （検便検査）	・希望しない	・希望する	
	子宮頸がん検診 （医師による直接採取）	・希望しない	・希望する	
	乳がん検診	・希望しない ・超音波を希望	・マンモグラフィを希望 ・超音波、マンモグラフィ両方希望（個人負担1,000円）	

※C型肝炎ウイルス検査は、今年度中に40歳になる方（生年月日が昭和51年4月1日～昭和52年3月31日の方）または、初めて結核予防会で健康診断を受診する方で希望者のみの実施となります。

※胃検診の「直接撮影」「カメラ」は、以前の検診後に医師より精密検査の指示を受けたことがある方のみ受診できます。

※がん検診は、いずれの項目にも○印がない場合は受診できませんのでご注意ください。