

のりしろ

のりしろ

〒620-8501

福知山市字内記13番地の1（福知山市役所2階）

福知山市役所 健康医療課 宛

【差出人】

住所 福知山市

氏名

お手数ですが、
110円切手を貼って
投函してください。

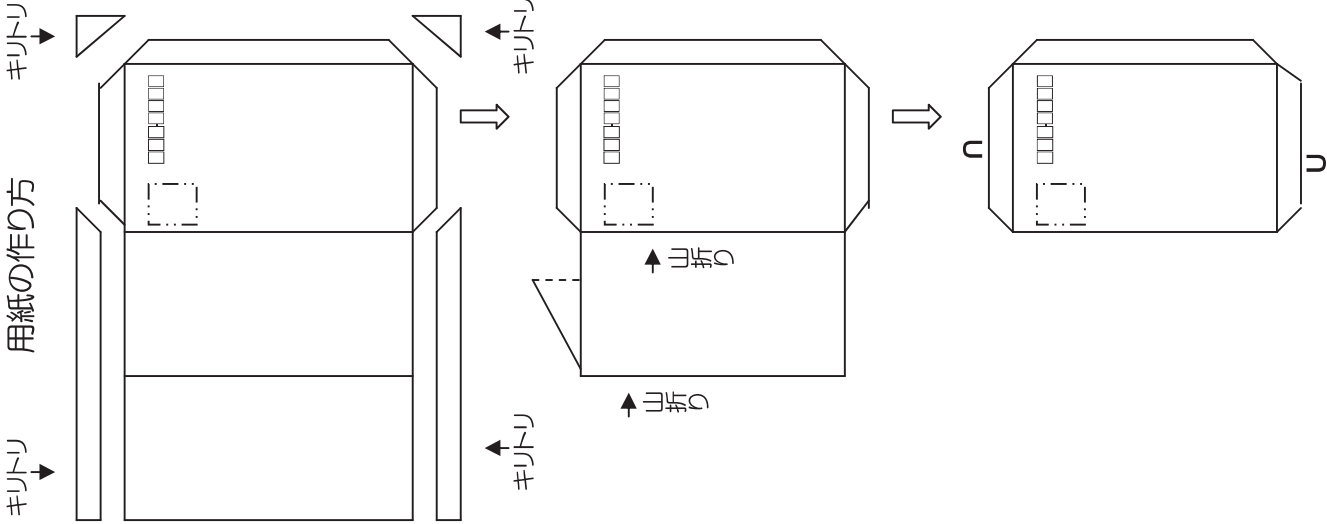
*この用紙は、健（検）診のお申込みのために
ご記入いただくものです。
個人情報情報の取り扱いには十分注意し目的以外
には使用しません。

福知山市健康医療課

〒620-8501 福知山市字内記13番地の1
(福知山市役所 2階)
TEL:23-2788 FAX:23-5998

キリトリ✂

キリトリ✂



〈集団健（検）診・肺巡回検診申込用紙〉 * この用紙は無料申請書ではありません。別に申請が必要です。

住所	福知山市	電話番号 (必須)	—	* 希望の健（検）診に○をつけてください。 * 健（検）診によって対象年齢が異なります。ご確認のうえ、お申込みください。 * 住所・電話番号（つながりやすい番号）・氏名・生年月日についても記入漏れのないようご確認ください。
	自治会()	E-mail		

〈集団健（検）診〉

氏名・生年月日	性別	加入されている 医療保険	希望健（検）診日	健（検）診会場	特定健診	後期高齢者 健診	胃	大腸	肺/結核	前立腺	乳	子宮	送迎 希望
氏 名 大正・昭和・平成 年 月 日	男	() 国民健康保険	(午前) 月 日				X線 : ABC						
	女	() 後期高齢者医療 () その他	(午後) 月 日										
氏 名 大正・昭和・平成 年 月 日	男	() 国民健康保険	(午前) 月 日										
	女	() 後期高齢者医療 () その他	(午後) 月 日										

* 東部・西部・北部の保健福祉センターエリアでは送迎を実施しています。
送迎をご希望の人は、実施会場と対象地域を確認のうえ、お申込みください。

〈肺巡回検診〉

氏名・生年月日	性別	希望検診日	検診会場	送迎 希望
氏 名 大正・昭和・平成 年 月 日	男	(午前) 月 日		
	女	(午後) 月 日		
氏 名 大正・昭和・平成 年 月 日	男	(午前) 月 日		
	女	(午後) 月 日		

健（検）診費用無料制度について

【下記に該当される場合、費用が無料になります。】

- ・ 70歳以上…申し込み不要 （※胃内視鏡検診は無料申請が必要です。）
- ・ 20～69歳までの人…事前申込み必須

- 市民税非課税世帯 → 申請にはご本人であることを確認できる書類が必要です。
申請される場合は、必ず事前に健康医療課までお問い合わせください。
- 生活保護世帯 → 事前に健康医療課までお問い合わせください。

※ 個別医療機関で健（検）診を受けられる場合も事前申請が必要です。