

安来市いきいき健康課 行

送信票

令和5年度 安来市健診(検診)について、
次のとおり(申込・問い合わせ)します。

同一世帯の場合は、ご一緒にお申し込みください。

- (*)自己負担金免除の対象は生活保護世帯、市民税非課税世帯、福祉医療受給者、精神障害者保健福祉手帳1・2級所持者です。
- (*)ミニドックの申し込みはこの用紙では受け付けていません。特定健診受診券の封筒に入っている申込用紙でお申し込みください。

1	ふりがな	希望するものに <input checked="" type="checkbox"/>
	氏名	<input type="checkbox"/> 個別がん検診の自己負担金免除の申請書用紙 郵送(*)
	生年月日	<input type="checkbox"/> 国保脳健診(40~74才)
	S・H 年 月 日	<input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス健診(40才以上)
2	ふりがな	希望するものに <input checked="" type="checkbox"/>
	氏名	<input type="checkbox"/> 個別がん検診の自己負担金免除の申請書用紙 郵送(*)
	生年月日	<input type="checkbox"/> 国保脳健診(40~74才)
	S・H 年 月 日	<input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス健診(40才以上)
住所	〒692- 安来市	
電話番号 (日中連絡のつく番号)		
その他問い合わせ 内容		

・郵送の場合は上記内容を記入してお送りください。
(申し込み期間より早く届いたものは、申し込み開始日以降の受付となります)

ハキリトリ線