

# 受診券等交付申込票

四街道市健康増進課行 FAX : 043-421-2125

お申込み・お問い合わせ

四街道市健康増進課 ☎043-421-6100

(8:30~17:15 月~金 祝日は除く)

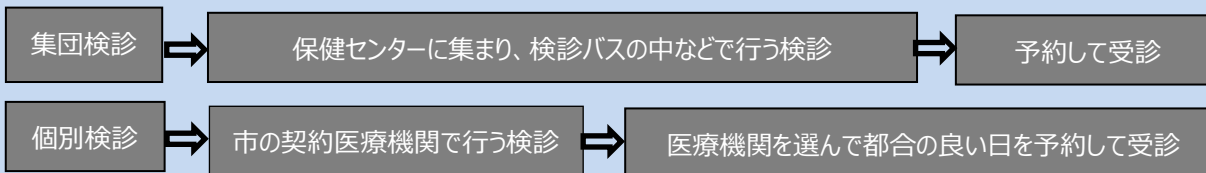


住所	四街道市
電話番号	
氏名	

申込後に各検診の案内、検診に必要な受診券・問診票をお渡します。お手元に受診券が届いたら電話・webでご予約をお願いします。

検診名	胃がん検診(どちらか1つ)		大腸がん検診		肺がん検診		乳がん検診		子宮頸がん検診		特定健診・健康診査		
	胃エックス線検診 (バリウム)	胃内視鏡 検診	40歳以上 集団希望の場合は容器も 送付します。		40歳以上		30歳以上の女性		20歳以上の女性		40歳以上の四街道市 国民健康保険加入者等		
対象年齢 (令和8年3月31日時点)	40歳以上		50歳以上		毎年		毎年		2年に1回		毎年		
検診回数	毎年		2年に1回		毎年		毎年		2年に1回		毎年		
検診料金料 (自己負担金)	集団	個別	個別	集団	個別	集団	個別	集団	個別	集団	個別	集団	個別
	1200円	3700円	5000円	400円	500円	300円	900円	700円	1500円	700円	1500円	500円	1000円
「記入例」 〈氏名〉健康 健子 1969年8月8日	○		○		○		○		○				
検診希望年度	2025		2025		2025		2025		2025		2025		
氏名	集団・個別		個別		集団		個別		集団・個別		集団・個別		
生年月日													
保険区分 (国保・後期・その他)													
検診希望年度													
氏名	集団・個別		個別		集団		個別		集団・個別		集団・個別		
生年月日													
検診希望年度													

集団検診・個別検診とは (集団か個別かどちらか希望する方を受診できます)



※胃内視鏡検診を受けた場合は、翌年の胃がん検診(胃エックス線検診を含む)は受けられません。

■個人情報、検診事業に関するものに使用し、その目的以外には使用しません。

職員記入欄	受付日		受付者		受診券・問診票発行	済・未	処理日		処理者	
-------	-----	--	-----	--	-----------	-----	-----	--	-----	--