

令和 8 年度 総合健診申込用紙

住所 _____

氏名 _____ 性別 _____ 生年月日 _____ 年齢 _____ 歳
 令和 9 年 3 月 31 日時点の年齢

人間ドック、脳ドック、医療機関健診、職場での健診等で受診予定・受診済みの項目は申し込めません

①基本の健康診断を希望する方は該当する項目に○をつけてください

健診	対象者	料金	内容
特定健診(国保)	40～74歳の阿見町国保加入者	1,300円	身体計測・血液検査 血圧測定・尿検査 心電図・眼底検査 等
特定健診 (社会保険等)	40～74歳の阿見町国保加入者以外 現在加入中の健康保険に『町の集団健診 で特定健診を受けられるか』を事前に確 認の上、申し込んでください	保険者にご確認 ください	
後期高齢者健診	健診を受ける日に満75歳以上の者 (65歳以上の一部対象者) 健診を受ける日に満74歳の方は特定健 診です	無料	身体計測・血液検査 血圧測定・尿検査 等
		心電図・眼底・貧血検査は当日申込 (追加料金 1,300円)	

②がん検診等を受診したい場合は希望する項目に○をつけてください

健診	対象年齢 ※1	料金	内容
胃がん検診	40歳以上 ※2	1,300円	レントゲン(バリウム)検査
大腸がん検診	40歳以上	300円	免疫便潜血検査(検便2日分)
肺がん検診	40～64歳	400円	レントゲン検査
結核・肺がん検診	65歳以上	無料	
喀痰検査	40歳以上 ※2	800円	喀痰細胞診
前立腺がん検診	50歳以上 男性のみ	700円	血液検査
肝炎ウイルス検診	40歳以上 ※2	800円	血液検査

※1 がん検診の対象年齢は、令和 9 年 3 月 31 日時点の年齢が基準です

※2 別紙記載の『申込時の注意事項』をよくご確認のうえお申込みください

③電話番号を記入してください

電話番号 (日中連絡の取れる番号)	
----------------------	--

<日程・受付時間帯の記載欄はウラ面にあります>

④希望する日程・受付時間帯をご記入ください(複数記入可)

※未記入の場合は「希望日時なし」として日程を振り分けます

	希望する健診日	希望する受付時間帯
第1希望	月 日	時 分～ 時 分
第2希望	月 日	時 分～ 時 分
第3希望	月 日	時 分～ 時 分
第4希望	月 日	時 分～ 時 分
第5希望	月 日	時 分～ 時 分

【自由記載欄】 日程・受付時間帯について特別な配慮を求めたい場合は内容をご記入ください

例:仕事・育児・介護等で○日の○時がよい/服薬・送迎・体調で○時台がよい/会場は○○がよい など

※内容によっては実現が難しい場合があります。予めご了承ください。