

センター健（検）診申込書

◆この健（検）診は大阪複十字病院に委託しています。
名簿、健診結果等を共有することに同意の上、お申し込みください。

ふりがな		男・女	生年月日	大正・昭和・平成	年	月	日
氏名						()歳
住所	交野市			電話番号			
市・府民税について当てはまるものに <input checked="" type="checkbox"/> をしてください							
<input type="checkbox"/> 課税世帯	<input type="checkbox"/> 非課税世帯		<input type="checkbox"/> 生活保護世帯				
<small>※市民健（検）診の費用免除あり ※課税状況を調査されることについて同意した上で、<input checked="" type="checkbox"/>をしてください。</small>							
健康保険証の種類に <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください							
<input type="checkbox"/> 国民健康保険 特定健診(無料)を <input type="checkbox"/> 受ける		<input type="checkbox"/> 受けない					
↓							
心電図検査を <input type="checkbox"/> 希望する(500円) <input type="checkbox"/> 希望しない					<input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> その他		
<small>※年度末年齢 40 歳～受診日年齢 74 歳の方は、特定健診を同時に受診することができます。</small>							
健（検）診日について、 <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください。ご都合の悪い健（検）診日がある場合は、1日のみ記入してください。							
<input type="checkbox"/> いつでもよい		<input type="checkbox"/> 都合の悪い健（検）診日あり ⇒ (/)					
<small>※健（検）診日の指定はできません。ご希望の日での受診を希望される場合は、医療機関での個別健（検）診をお勧めします。</small>							
ご希望の検診項目に <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください							
<input type="checkbox"/> 胃がん検診 (追加 <input type="checkbox"/> 胃リスク検診)	<input type="checkbox"/> 肺がん検診	<input type="checkbox"/> 大腸がん検診	<input type="checkbox"/> 前立腺がん検診				
<input type="checkbox"/> 乳がん検診	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診	<input type="checkbox"/> ぴちぴち健診	<input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス検診	<input type="checkbox"/> 結核検診			
受付日: /	受付者:		電話・窓口				

センター健（検）診申込書

◆この健（検）診は大阪複十字病院に委託しています。
名簿、健診結果等を共有することに同意の上、お申し込みください。

ふりがな		男・女	生年月日	大正・昭和・平成	年	月	日
氏名						()歳
住所	交野市			電話番号			
市・府民税について当てはまるものに <input checked="" type="checkbox"/> をしてください							
<input type="checkbox"/> 課税世帯	<input type="checkbox"/> 非課税世帯		<input type="checkbox"/> 生活保護世帯				
<small>※市民健（検）診の費用免除あり ※課税状況を調査されることについて同意した上で、<input checked="" type="checkbox"/>をしてください。</small>							
健康保険証の種類に <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください							
<input type="checkbox"/> 国民健康保険 特定健診(無料)を <input type="checkbox"/> 受ける		<input type="checkbox"/> 受けない					
↓							
心電図検査を <input type="checkbox"/> 希望する(500円) <input type="checkbox"/> 希望しない					<input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> その他		
<small>※年度末年齢 40 歳～受診日年齢 74 歳の方は、特定健診を同時に受診することができます。</small>							
健（検）診日について、 <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください。ご都合の悪い健（検）診日がある場合は、1日のみ記入してください。							
<input type="checkbox"/> いつでもよい		<input type="checkbox"/> 都合の悪い健（検）診日あり ⇒ (/)					
<small>※健（検）診日の指定はできません。ご希望の日での受診を希望される場合は、医療機関での個別健（検）診をお勧めします。</small>							
ご希望の検診項目に <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください							
<input type="checkbox"/> 胃がん検診 (追加 <input type="checkbox"/> 胃リスク検診)	<input type="checkbox"/> 肺がん検診	<input type="checkbox"/> 大腸がん検診	<input type="checkbox"/> 前立腺がん検診				
<input type="checkbox"/> 乳がん検診	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診	<input type="checkbox"/> ぴちぴち健診	<input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス検診	<input type="checkbox"/> 結核検診			
受付日: /	受付者:		電話・窓口				