

郵便はがき

料金受取人払郵便

8 3 4 - 8 7 9 0



日本郵便株式会社  
 広川郵便局 私書箱第3号  
 広川町役場 住民課 健康係 宛

差出有効期間  
 令和6年  
 12月31日まで

令和6年度 健診意向調査  
 兼 健診申込みはがき

切手不要



フリガナ			男女
受診者			
住所	広川町大字		
生年月日	昭和 平成	年	月 日
電話	自宅		
	携帯		
20～39歳	裏面①②③記入		
40～74歳	国民健康保険	裏面①②③記入	
	上記以外	裏面 ②③記入	
75歳以上	裏面①②③記入		

けんしんガイドブックを参照に裏面もご記入ください。 ↴

ガイドブックP12、13を参考にして記入ください。

**1 (特定) 検診** ①②③④どれかに○

① 集団で受ける健診	追加検査 *同時に受診する項目に○	心電図	眼底
		腹部エコー	肺機能

② 病院で受ける健診 (20歳~39歳は、対象外)  
役場や後期高齢者広域連合が発行する受診券が必要です。

③ みなし健診 (持ち込みする健診)  
かかりつけ医で検査したデータを3月までに持ち込んで登録します。

④ 検診を受けない(理由: )

**2 【集団検診で受ける方】**

▼集団検診を希望する日をご記入ください。

第一希望                      月      日      第二希望                      月      日

別のはがきで申し込んだ家族と同日・同時間を希望  
(家族氏名: )

※5/17、5/29、7/4、9/25、10/16は女性のための健診日です。  
※未就学児託児を希望する方は0943-32-3502にご予約ください。

**3 がん検診等【全員記入】**

※がん健診について・・

子宮がん・乳がんを病院で受けられる方は、医療機関に直接ご予約ください。

集団検診会場で受診する方は「集団」に○を記入してください。

既に「病院/職場」や「治療」でされている方はその欄に記載してください。

※肝炎ウイルス検査は、集団検診でのみ受けられます。

※歯周病検診は、八女筑後管内の協力医療機関で受診できます。

項目	集団	病院/職場	治療中	項目	集団	病院/職場	治療中
肺がん				肝炎ウイルス※			
大腸がん				前立腺がん			
胃がん				子宮がん			
胃がんリスク検査※				乳がん			

※過去に、胃がんリスク検査や肝炎ウイルス検査を受けたことがある方は対象外です。

このはがきは必ずご提出ください。→提出がない場合、  
電話や訪問にて確認をさせていただきます。