

●**集団健診受診申込書の書き方**（順番に漏れないように記入してください。）

①**申込者の住所、電話番号、氏名、生年月日を記入し、性別に○を付けてください。**

②**申込者の健康保険被保険者証について、あてはまるものに○を付けてください。**  
 赤穂市国民健康保険及び兵庫県後期高齢者医療広域連合に加入している方は、被保険者番号を記入してください。  
 上記以外の方は、本人（被保険者）または家族（被扶養者）に○を付け、健康保険被保険証の記号・番号及び発行している保険者名と保険者番号を記入してください。

③**集団健診日程の中から希望する日を選択し、第1・第2希望まで記入してください。**  
 ※健診時間の指定はできません。

④**健診（検診）の内容を確認し、希望する項目を選択してください。**  
 ①**特定健診**：希望がない場合、「※①特定健診希望なし」に☑を付けてください。  
 ☑がない場合、自動的に申し込みされます。  
 ②**肺がん～⑦胃がんリスク**：希望する項目に○を付けてください。

■記入例■

|   |      |                           |                            |                           |                     |
|---|------|---------------------------|----------------------------|---------------------------|---------------------|
| ① | 住所   | 〒678- ××××<br>赤穂市 ○○町□□-□ |                            | 電話番号                      | -                   |
|   | フリガナ | アコウ タロウ                   |                            | 性別                        | 男・女                 |
| ② | 氏名   | 赤穂 太郎                     |                            | ①赤穂市国民健康保険(280131)        | 番号                  |
|   | 生年月日 | 大(昭)平<br>●年 ●月 ●日         |                            | ②兵庫県後期高齢者医療広域連合(39282124) | 被保険者番号              |
| ③ | 希望日  | 希望がない場合は☑を付けてください         |                            | ③その他の保険                   | 区分                  |
|   | ①    | /                         | ① <b>特定健診</b> ※①特定健診希望なし ☐ | ①本人(被保険者)・②家族(被扶養者)       | ①本人(被保険者)・②家族(被扶養者) |
|   | ②    | /                         |                            | 保険者番号                     | 記号                  |
|   |      |                           |                            | 保険者名称                     | 番号                  |
|   |      | 希望する項目に○を付けてください          |                            |                           |                     |
|   |      | ②肺がん                      | ③胃がん                       | ④大腸がん                     | ⑤前立腺がん              |
|   |      |                           |                            | ⑥肝炎ウイルス                   | ⑦胃がんリスク             |

①**特定健診を希望しない場合、☑を付けてください。**  
 ☑がない場合、自動的に申し込みされます。

②～⑦については、希望する項目に○を付けてください。  
 ※赤穂市国民健康保険、兵庫県後期高齢者医療広域連合加入者の方は大腸がん検診が自動的に申し込みされます。

健康保険被保険者証見本

[全国健康保険協会・健康保険組合・共済組合 等]

|             |            |                |        |    |
|-------------|------------|----------------|--------|----|
| 〇〇〇〇保険被保険者証 | 記号         | 有効期限           | ●年●月●日 | 番号 |
| 氏名          | 赤穂 太郎      | 性別             |        |    |
| 生年月日        | ●年●月●日     |                |        |    |
| 資格取得年月日     |            |                |        |    |
| 交付年月日       |            |                |        |    |
| 世帯主氏名       | 赤穂 一郎      | 保険者名(被保険者証発行元) |        |    |
| 住所          | 赤穂市〇〇町□□-□ |                |        |    |
| 保険者番号       | △△▲▲△△▲▲   | 保険者名           | ×××××  |    |
|             | 〒×××-××××  | 〇県△△市◇◇町□番地    |        |    |
|             |            | 保険者番号          |        |    |

[後期高齢]

|            |            |
|------------|------------|
| 後期高齢者医療保険証 |            |
| 有効期限       |            |
| 被保険者番号     | ●●●●●●●●   |
| 住所         | 赤穂市〇〇町□□-□ |
| 氏名         | 赤穂 太郎      |

※健康保険被保険者証の種類によって、ご確認いただく内容の印字場所が違う場合がありますので、ご注意ください。  
 ※集団健診受診申込はがきに書かれた個人情報は、適切に管理し、健診以外の目的では使用いたしません。