



差出有効期限
令和7年3月
末日まで
(切手不要)

郵便はがき

6 7 9 4 1 9 0

龍野町富永410-2

たつの市はつらつセンター

健康課宛



6 7 9 4 1 9 0

10



差出有効期限
令和7年3月
末日まで
(切手不要)

郵便はがき

6 7 9 4 1 9 0

龍野町富永410-2

たつの市はつらつセンター

健康課宛



6 7 9 4 1 9 0

10



差出有効期限
令和7年3月
末日まで
(切手不要)

郵便はがき

6 7 9 4 1 9 0

龍野町富永410-2

たつの市はつらつセンター

健康課宛



6 7 9 4 1 9 0

10



差出有効期限
令和7年3月
末日まで
(切手不要)

郵便はがき

6 7 9 4 1 9 0

龍野町富永410-2

たつの市はつらつセンター

健康課宛



6 7 9 4 1 9 0

10

令和6年度市民総合健診(集団健診)申込書

集 団

フリガナ		生年	昭.平	性	男
氏名		月日	年 月 日生	別	女
住所	たつの市 携帯・日中連絡先電話() -				

現在の加入保険について○で囲んでください。
(その他の保険の場合、保険者名称・保険者番号の記入、また資格は該当するものを○で囲んでください。)

保 険 者	たつの市国民健康保険【00280438】				
	兵庫県後期高齢者医療広域連合【39282298】				
	その他の保険	保険者 名称		資格	本人(被保険者) 家族(被扶養者)
	保険者 番号				

健康ライフ3ページをご覧のうえ、必ず下記に希望の健診日程を記入し、受診される項目を○で囲んでください。

	日 程	項 目
希望1	月 日	特定健診・肺がん結核または肺がん結核+喀痰 胃がん・大腸がん・肝炎ウイルス・前立腺 骨粗しょう症・胃がんリスク・歯科健診
希望2	月 日	

・必ず希望1・2を記入ください。
・歯科健診をご希望の場合は必ず歯科健診ありの日程でお申込みください。

令和6年度市民総合健診(集団健診)申込書

集 団

フリガナ		生年	昭.平	性	男
氏名		月日	年 月 日生	別	女
住所	たつの市 携帯・日中連絡先電話() -				

現在の加入保険について○で囲んでください。
(その他の保険の場合、保険者名称・保険者番号の記入、また資格は該当するものを○で囲んでください。)

保 険 者	たつの市国民健康保険【00280438】				
	兵庫県後期高齢者医療広域連合【39282298】				
	その他の保険	保険者 名称		資格	本人(被保険者) 家族(被扶養者)
	保険者 番号				

健康ライフ3ページをご覧のうえ、必ず下記に希望の健診日程を記入し、受診される項目を○で囲んでください。

	日 程	項 目
希望1	月 日	特定健診・肺がん結核または肺がん結核+喀痰 胃がん・大腸がん・肝炎ウイルス・前立腺 骨粗しょう症・胃がんリスク・歯科健診
希望2	月 日	

・必ず希望1・2を記入ください。
・歯科健診をご希望の場合は必ず歯科健診ありの日程でお申込みください。

令和6年度市民総合健診(集団健診)申込書

集 団

フリガナ		生年	昭.平	性	男
氏名		月日	年 月 日生	別	女
住所	たつの市 携帯・日中連絡先電話() -				

現在の加入保険について○で囲んでください。
(その他の保険の場合、保険者名称・保険者番号の記入、また資格は該当するものを○で囲んでください。)

保 険 者	たつの市国民健康保険【00280438】				
	兵庫県後期高齢者医療広域連合【39282298】				
	その他の保険	保険者 名称		資格	本人(被保険者) 家族(被扶養者)
	保険者 番号				

健康ライフ3ページをご覧のうえ、必ず下記に希望の健診日程を記入し、受診される項目を○で囲んでください。

	日 程	項 目
希望1	月 日	特定健診・肺がん結核または肺がん結核+喀痰 胃がん・大腸がん・肝炎ウイルス・前立腺 骨粗しょう症・胃がんリスク・歯科健診
希望2	月 日	

・必ず希望1・2を記入ください。
・歯科健診をご希望の場合は必ず歯科健診ありの日程でお申込みください。

令和6年度市民総合健診(婦人がん検診)申込書

婦人がん

フリガナ		生年	昭.平	性	男
氏名		月日	年 月 日生	別	女
住所	たつの市 携帯・日中連絡先電話() -				

※婦人がん検診は2年に1回受診可能となるため、令和5年度受診された項目は申込みできません。

【 集 団 健 診 】※希望の健診日程(希望2まで)を記入し、受診される項目を○で囲んでください。

	日 程	項 目		日 程	項 目
希望1	月 日	乳がん 子宮頸がん 大腸がん	希望2	月 日	乳がん 子宮頸がん 大腸がん

【 個 別 健 診 】※受診される項目を○で囲み、希望月、医療機関名を記入してください。

項 目	乳がん 子宮頸がん	項 目	乳がん 子宮頸がん
受 診 希 望 月	月	受 診 希 望 月	月
受診医療機関名		受診医療機関名	