健康診断申込書（特定健康診査）※個別健診のみ

◆この申込書で、福山市住民健診（集団健診）のお申し込みは出来ません。
◆折り返し、2～3週間以内に当センターより日程についてのご連絡をいたします。
※確定日は当センターにて記入いたします。

健診日	第一希望	年　月　日（　）
	第二希望	年　月　日（　）
	※確定日	※　年　月　日（　）

【お客様情報】

フリガナ お名前		生年月日	西暦（和暦）　年　月　日
		性　別	男　・　女
自宅ご住所	〒 住所は住民票の住所ですか　□はい　□いいえ		
電話番号	（昼間連絡可能な番号をご記入ください）		
保険者番号		保険者名	
保険証記号			
保険証番号		加入区分	本人　・　配偶者　・　家族
受診券整理番号		有効期限	年　月　日
窓口の自己負担額	基本項目：＿＿＿円　・　詳細項目：＿＿＿円	契約	集合Ａ　・　集合Ｂ　・　個別
受診内容	☑　特定健康診査		
オプション項目 ※希望する場合は✓をしてください。	※福山市に住民票がある方が対象です。　集団健診とは金額が異なります。 □　大腸がん検診（69歳以下：500円、70歳以上：200円）受診当日40歳以上の方 □　肺がん検診（69歳以下：700円、70歳以上：400円）受診当日40歳以上の方 □　乳がん検診（69歳以下：1800円、70歳以上：800円）受診当日40歳以上で前年度福山市乳がん検診を受診していない方 □　子宮頸がん検診（69歳以下：1500円、70歳以上：700円）受診当日20歳以上の方 □　胃がん検診【Ｘ線検査】（69歳以下：2700円、70歳以上：1000円）受診当日40歳以上の方 ※　胃がん検診【内視鏡検査】をご希望の方は、お電話にてご予約ください。		
確認事項	今回受ける健診は、2025年4月以降、初めての受診ですか　※いいえの方は、今年度は受診できません □はい　□いいえ		

▼備考欄
(健診関係の書類や請求書等の送付先に指定がある場合は、下記欄を利用してご記入ください。)

・・・　ご連絡先　・・・
一般社団法人 福山市医師会健診センター
<予約専用>TEL 084-999-3335　／　FAX 084-999-3339