

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、2026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