

# 令和7年度 各種けんしん申込書

【問い合わせ・申請】宿毛市健康推進課 保健衛生係 電話：62-1235、FAX：62-1270

各健(検)診、4週間前までの  
申し込みにご協力をお願いします。

記入お忘れなく!!

申し込み方法…申込書(郵送可)提出・電話で受付 申込書提出先…健康推進課窓口・支所・隣保館

|        |                        |             |                |            |             |                       |       |             |                  |       |
|--------|------------------------|-------------|----------------|------------|-------------|-----------------------|-------|-------------|------------------|-------|
| 住所     | 宿毛市                    | 健(検)診の種類    | 特定健診健康診査       | 前立腺がん      | 肺がん(結核)     | 胃がん<br>(令和6年度内視鏡未受診者) |       | 大腸がん        | 2年に1回(令和6年度未受診者) |       |
| 自宅電話   | (0880) -               | 対象年齢        | 40歳以上          | 40歳以上      | 40歳以上       | バリウム                  | 内視鏡   | 40歳以上       | 乳がん              | 子宮頸がん |
|        |                        | 令和8年3月31日時点 |                |            |             | 40歳以上                 | 50歳以上 | 40歳以上       | 40歳以上            | 20歳以上 |
| フリガナ氏名 | 記入例) スクモハナコ 宿毛 花子      | 保険の種類       | 国保 後期 社保扶養 その他 | 集団健診・施設型健診 | 8/20 文教センター | 8/20 文教センター           |       | 8/20 文教センター |                  |       |
| 生年月日   | 大・昭・平 35年 3月 31日 (65歳) | 性別          | 男(女)           | 個別健診       |             |                       |       |             |                  |       |
| 携帯電話   | 090-XXXX-XXXX          |             |                |            |             |                       |       |             |                  |       |
| フリガナ氏名 |                        | 保険の種類       | 国保 後期 社保扶養 その他 | 集団健診・施設型健診 |             |                       |       |             |                  |       |
| 生年月日   | 大・昭・平 年 月 日 ( 歳)       | 性別          | 男・女            | 個別健診       |             |                       |       |             |                  |       |
| 携帯電話   | - -                    |             |                |            |             |                       |       |             |                  |       |
| フリガナ氏名 |                        | 保険の種類       | 国保 後期 社保扶養 その他 | 集団健診・施設型健診 |             |                       |       |             |                  |       |
| 生年月日   | 大・昭・平 年 月 日 ( 歳)       | 性別          | 男・女            | 個別健診       |             |                       |       |             |                  |       |
| 携帯電話   | - -                    |             |                |            |             |                       |       |             |                  |       |
| フリガナ氏名 |                        | 保険の種類       | 国保 後期 社保扶養 その他 | 集団健診・施設型健診 |             |                       |       |             |                  |       |
| 生年月日   | 大・昭・平 年 月 日 ( 歳)       | 性別          | 男・女            | 個別健診       |             |                       |       |             |                  |       |
| 携帯電話   | - -                    |             |                |            |             |                       |       |             |                  |       |

※ 記入例を参考に、必要事項を記入してください(希望会場がない場合は、お近くの健(検)診会場でご案内いたします)。  
※ 特定健診(健康診査)、胃がん(内視鏡)検診、乳がん・子宮頸がん検診の個別健(検)診に○をつけられた方には、後日受診券をお送りいたします。  
お手元に受診券が届きましたら、直接医療機関へお申し込みください。  
※ 結核検診は、65歳以上で、お申し出等により通知をお止めしている方以外は、申し込みのない方にも全員通知いたします。病院等で受診する場合や、通知不要の方は、健康推進課までご連絡ください。その他の健(検)診については、申し込みのある方のみ通知いたします。