

令和8年度 三田市集団健診予約申込書

1. 基本情報をご記入ください。

ふりがな				生年月日	年齢	性別
名前	大・昭・平			年 月 日	歳	男・女
住所	三田市			電話	自宅	
					携帯	
医療保険種類	<input type="checkbox"/> 三田市国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯					
	<input type="checkbox"/> 社会保険 ※特定健診を受診する際は、保険者が発行する受診券が必要です。 ※必須項目 保険者番号: _____ 保険者名称: _____					
一時預かり保育	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない	お子様の氏名		生年月日	平・令 年 月 日	
免除申請書	健康診査一部負担金免除申請書の送付を <input type="checkbox"/> 希望する ※市民税非課税世帯・生活保護世帯に限る					

2. 希望の日時をご記入ください。※詳細は裏面をご覧ください。

第1希望	健診日	会場	希望時間①	希望時間②
	月 日		:	:
第2希望	健診日	会場	希望時間①	希望時間②
	月 日		:	:

3. 希望の受診項目に○をご記入ください。

基本健診 (特定・後期・30歳代等) 特定・後期: 無料 30歳代等: 1,500円	肺がん検診 (X線撮影) 300円	胃がん検診 (バリウム) 1,000円	大腸がん検診 (便潜血検査) 600円	男性のみ	前立腺がん検診 (血液検査) 1,000円	肝炎ウイルス検診 (血液検査) 1,100円	30歳以上の女性 75歳以上の男性	骨粗しょう症検診 (骨密度測定) 1,200円	胃の健康度 チェック (血液検査) 2,000円

※ 注 意 事 項 ※

◆ FAXでのお申込みだけでは予約は完了してありません。

お申込み後、ご連絡先宛に内容を確認させていただき予約が成立となります。

◆ 3日間(土日祝除く)を経過しても市から連絡がない場合は再度お問合せください。

◆ 申し込み状況により、ご希望の日時に添えない場合がございます。ご理解の程よろしくお願いたします。

◆ 本申込書は「三田市集団健診」専用の申込用紙です。個別医療機関での予約申込書ではありません。

市記入欄	受領日	/	予約確定日	/	データ入力日	/	担当者確認欄
------	-----	---	-------	---	--------	---	--------