

新座市国民健康保険 総合健診申込内容送信票

・聴覚等に障がいがあり、電話予約が困難な方は下記【総合健診申込内容】の1～3を記入し、送信してください（FAX番号：048-481-6741）。

・健（検）診対象者、日程、内容等の詳細については、新座市ホームページ又は特定健康診査のご案内を御確認ください。

<https://www.city.niiza.lg.jp/site/kokuho-hokenjigyousouougoukensin.html>

・ファックス及びメールは市役所開庁時間内に確認します。予約の空き状況によっては、希望通りの予約を受付できない場合があります。

【総合健診申込内容】（提出年月日：令和 年 月 日）

1 受診者の情報

氏名	
生年月日	昭和 年 月 日
住所	新座市
連絡先※	
電話予約が困難な理由	

※連絡先は、連絡のとれるメールアドレス又はFAX番号を記入してください。

2 受診希望日時

受診希望日	
受診希望時間	

※希望日が複数あれば全て記入してください。

※希望時間は希望があれば記入してください。

（記入例：9時から10時頃）

※予約の空き状況により、予約がとれない場合があります。

3 受診を希望する検診項目（□に✓を入れてください。特定健康診査のほかにがん検診を1つ以上選択してください。）

<input checked="" type="checkbox"/> 特定健康診査（必須）	
<input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診	（視診・内診・細胞診）
<input type="checkbox"/> 乳がん検診	（マンモグラフィ検査）
<input type="checkbox"/> 肺がん検診	（胸部X線検査）
<input type="checkbox"/> （ <input type="checkbox"/> 喀痰細胞診検査※）	
<input type="checkbox"/> 大腸がん検診	（便潜血反応検査）
<input type="checkbox"/> 胃がん検診	（胃部X線（バリウム）検査）

※検診によって受診できる対象年齢等が異なります。

※喀痰細胞診検査について、肺がん検診を受診する50歳以上の方で喫煙指数（一日の喫煙本数×これまでの喫煙年数）が600以上の方は検査できます。