

①～⑪の記入をお願いします。

① 申込日 令和 年 月 日

② フリガナ
氏名

③ 生年月日 昭和 平成
年 月 日

※職員記入欄 年度年齢(歳)

④ 電話番号 携帯 - -
自宅 - -

⑤ 性別 男 ・ 女

⑥ 住所 宜野湾市

⑦ 受診希望日 令和 年 月 日 ()
健診会場

⑨ 受付時間 (3密予防のため受付時間を設定しております。) マリン支援センターは9:30から受付

8時30分～	9時30分～	10時30分～
9時00分～	10時00分～	

⑩ 健康保険の種類 (保険証をご確認のうえ、現在ご加入のものに○を記入してください)

<input type="checkbox"/> 国民健康保険	<input type="checkbox"/> 社会保険ご本人様 (全国健康保険協会、健康保険組合など)
<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険	<input type="checkbox"/> 社会保険被扶養者様 <input type="checkbox"/> 生活保護

⑪ 受診項目と検査料金 (希望する項目に○を記入してください。複数回答可)

○×記入	検査項目	対象年齢	料金
	特定健診・健康診査・長寿健診 (問診・身体計測・血圧測定・尿検査・血液検査・医師診察)	16歳以上	無料
	胃がん検査 (バリウム検査)	40歳以上	950円
	大腸がん検査 (2日分の採便)	40歳以上	500円
	肺がん検査 (胸部レントゲン検査)	40歳以上	300円
	肝炎ウイルス検査 (血液検査)	40歳以上で過去に受けたことがない方	300円
	骨粗鬆症検査 (レントゲン検査) ※実施: 7/7、10/12、2/16のみ	40・45・50・55・60・65・70歳の女性	600円

- ・年齢や健康保険の種類によって受診できる項目が異なります。
- ・40歳以上の社会保険ご本人様：がん検診のみ受診可能
- ・40歳以上の社会保険被扶養者様：特定健診を受診する場合、社会保険から発行された受診券が必要です。
(特定健診の自己負担が発生する場合があります)
- ・がん検診無料対象者：70歳以上、後期高齢者医療保険、前年度非課税世帯、生活保護受給者

⑫ 備考欄 (質問等ありましたらご記入ください)

職員記入欄	住民コード	被保険者番号	受診券整理番号	料金区分 有料 無料 免除	かるて入力	名簿入力
-------	-------	--------	---------	------------------	-------	------