

2019年度検診等無料券発行申請書

越谷市長宛

●裏面の注意書きをお読みの上ご記入ください。

2019年度の申請（初回・追加）		申請日： 年 月 日		収受印
申請者 〔検診等受診者〕	住所	〒 -		
	氏名			
	電話 <small>日中、連絡のとれる番号</small>	()		
	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)		
代理人 〔検診等受診者と同一世帯以外の代理人が申請の場合は、委任状が必要です。〕	氏名		続柄	本人確認 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> その他
	電話 <small>日中、連絡のとれる番号</small>	()		
	住所	〒 -		
代理人住所への郵送を希望しますか。 有 ・ 無				

下記のとおり無料券の発行を申請します。
 なお、申請者及び申請者と同一世帯員の市民税課税状況を調査することに同意をします。

希望する無料券の番号に○をつけてください。

★乳がん検診・骨粗しょう症検診の集団会場での検診受診には別途市民健康課への申し込みが必要です。

※年度年齢とは2019年4月1日～2020年3月31日の期間に達する年齢をいいます。

無料券の種類	対象年齢（年度年齢※）	実施期間	発行日
1 胃がん検診	40歳以上	5月10日～11月10日	
2 大腸がん検診	40歳以上	5月10日～11月10日	
3 肺がん・結核検診	40歳以上	医療機関 5月10日～8月10日 集団検診 9月3日～10月30日	
4 子宮頸がん検診	20歳以上の女性	5月10日～11月10日	
5 乳がん検診 ★	35歳以上の女性で誕生月が 1, 3, 5, 7, 9, 11月生まれの方 および昨年度未受診の方	集団検診 5月10日～5月26日 医療機関 6月1日～7月31日	
6 前立腺がん検診	50, 55, 60, 65, 70, 75歳の男性 （申請不要） および50歳から75歳までの男性で 前立腺がん検診を初めて受ける方	6月1日～11月10日	
7 口腔がん検診	40歳以上	5月1日～2020年2月15日	
8 歯周病検診	35, 40, 45, 50, 55, 60, 65, 70歳の方 （申請不要）	5月1日～2020年2月15日	
9 骨粗しょう症検診 ★	20歳以上の女性	集団検診 6月14日～8月2日	
10 高齢者インフルエンザ 予防接種	原則として接種日に満65歳以上	10月1日～2020年1月31日	
11 高齢者肺炎球菌 予防接種	65, 70, 75, 80, 85, 90, 95, 100歳, 101歳以上の方で初めて接種する方 ※過去に肺炎球菌ワクチン（ポリサッカライドワク チン）を接種したことがある方は対象外になります	4月1日～2020年3月31日 接種歴(有・無) 受診券(有・無)	

1～9の検診は、70歳以上の方の申請は不要です。

※全ての検診・予防接種とも年度一回限りの受診となります

〈市民健康課記載欄〉

課長	調整幹	副課長	主幹	主査	係

発行No.
31-