

様式1号

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。

令和7年度検診等無料券発行申請書

令和7年度の申請（初回・追加）		申請日：令和 年 月 日	
申請者 （検診受診者・ 予防接種被接種者）	住所	〒343- 埼玉県越谷市	
	氏名		
	電話番号 日中、連絡のとれる番号	()	
	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)	
代理人 （検診受診者等と 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	※代理人が別世帯の場合は 委任状を添付のこと	続柄
	電話 日中、連絡のとれる番号	()	
	住所	〒 -	
	代理人住所への郵送を希望しますか。 有・無		

収受印

本人確認
☐ マイナンバーカード
☐ 資格確認書
☐ 運転免許証
☐ 運転経歴証明書
☐ 年金手帳
☐ 介護保険証
☐ その他

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。 ※年度年齢とは令和7年4月1日～令和8年3月31日の期間に達する年齢をいいます。

★ 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健康づくり推進課への申し込みが必要です。

乳がん検診・骨粗しょう症検診のセット検診を受診する場合は、5・9どちらも無料券を申し込んでください。（要予約、5～7月の実施日）

希望する 番号に○	無料券の種類	対象年齢（年度年齢※）	実施期間	発行日
1～9の検診は、70歳以上のの方の申請は不要です。	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～11月10日 集団検診 9月 2日～10月25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 または偶数月生まれで昨年度未受診の方	集団検診 5月10日～9月27日 医療機関 5月10日～8月31日 (一部医療機関 5月10日～11月10日)	
	6 前立腺がん検診	50, 55, 60, 65, <u>70, 75</u> 歳の男性 →(申請不要) および上記の年齢以外の51歳から74歳までの男性で 過去4年以内に前立腺がん検診を受けたことがない方	6月 1日～11月10日	
	7 口腔がん検診	40歳以上	5月1日～令和8年2月15日	
	8 歯周病検診	20, 30, 35, 40, 45, 50, 55, 60, 65, <u>70</u> 歳の方 (申請不要)	5月1日～令和8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 5月10日～8月5日の実施日	
	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～令和8年1月31日 医療機関(市内・市外)	
	11 高齢者新型コロナ 予防接種	原則として接種日に満65歳以上	10月1日～令和8年1月31日 医療機関(市内・市外)	
	12 高齢者肺炎球菌 予防接種	原則として満65歳の方で <u>初めて接種する方</u> ※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	65歳から66歳の誕生日の前日まで 医療機関(市内・市外) 予診票(有・無)	
	13 高齢者帯状疱疹 予防接種	65, 70, 75, 80, 85, 90, 95, および100歳以上の方 ※令和7年4月2日から令和8年4月1日の誕生日年齢	4月1日～令和8年3月31日 医療機関(市内・市外) 受診券(有・無)	

※ 全ての検診・予防接種とも年度内、一回限りの受診となります。

<健康づくり推進課記載欄>

課長	調整幹	副課長	主幹	主査	係

確認

発行No.
7 -