

※宇治市にて下記の内容を確認することに同意します。
 ※受診後に一部負担金の免除申請をされても返金できません。

令和2年度 検(健)診申込票

ふりがな		生年月日	年 月 日
氏名		年齢	満(歳)
住民票のある住所	〒 - 宇治市 日中連絡のつく電話番号()		
送付先(連絡先)	〒 - ※上記と同じ場合は記入不要 日中連絡のつく電話番号()		送付先(連絡先) 氏名・施設等名称

①検(健)診申し込み理由(該当する項目に✓印をしてください)

※受診日に満75歳以上の人は免除申し込み不要です(生活保護・中国残留邦人等支援給付世帯除く)

免除を申し込む ②③へ進む

申し込み制の検診を希望 ②へ進む
 ※免除申込者は②③へ進む

②検(健)診の種類

免除	申し込み制
<input type="checkbox"/> 大腸がん <input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 生活保護世帯等健康診査 <input type="checkbox"/> 前立腺がん <input type="checkbox"/> 子宮頸がん	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん <small>(宇治市・城陽市・久御山町以外で受診希望)</small> <input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス <small>(今までに治療や検診を受けたことがない人)</small> <input type="checkbox"/> 子宮頸がん(特例対象) <input type="checkbox"/> 乳がん(特例対象) <small>(西暦偶数年生まれで前年度未受診の人)</small> <p style="text-align: center;">※さらに免除を申し込む人は③も ご記入ください。</p>

③免除区分

該当する項目にチェック✓してください ※世帯全員(20歳以上)の該当が必要です

生活保護世帯 市民税非課税世帯 中国残留邦人等支援給付世帯

同意欄

上記のとおり申請します。なお、免除申請理由の確認に際し、受診者及び受診者の世帯に係る課税状況及び生活保護・中国残留邦人等支援の給付状況に関する調査を市長が行うことについて同意します。

宇治市長あて

年 月 日 氏名

必須



続柄()

※所得の無い人でも、市民税・府民税の申告が必要です。
 同一世帯に20歳以上で未申告の人がいる場合は、市民税非課税世帯としての免除対象にはなりません。

(下欄は健康生きがい課にて記入します)

免除区分	免除 ○ (無料)					免除 ×				
	非課税	生保	中国残留	老	クーポン	個人勸奨	本人課税	家族課税	未申告	
大腸がん 前立腺がん 乳がん 子宮頸がん	無料帳票	受診票	市外受診案内	75歳以上	クーポン	誕生日等×	免除×	備考		
健康診査	無料帳票	受診票	医療機関一覧	パンフレット	通知文書					
					免除×	誕生日等×	その他			
肝炎ウイルス	無料帳票	一般帳票	医療機関一覧	受診票	通知文書			受診履歴有 年 月 日		
					免除×	誕生日等×	個別勸奨			

窓口発行用
(確認)身分証種別
保険証・免許証 その他()

確認者
確認者

入力