

FAX番号 **0120-931-869**

「アラカンフェスタ」出前健診 予約専用申込書
【検診日：3月24日（土）】

Fax締切：3月6日（火）
17：00まで

注意事項 ※下記、太枠内すべてご記入のうえ、上記FAX番号に送信ください。
※番号をお確かめのうえ、お間違いのないようお送りください。
※受付しました確認は、ご記入いただきましたFAX番号へ確認書をFAX送信いたします。

項目	申込み内容		
希望の受付時間 (○を付ける)	① 10:00～	② 10:30～	③ 11:00～
	④ 11:30～	⑤ 12:00～	
希望の健診項目 (○を付ける)	① 特定健診（よかドック） ② 乳がん ③ 子宮頸がん ④ 肺がん ⑤ 結核・肺がん		
	※各種検診には受診料金が減免となる場合があります。市ホームページにてご確認ください。		

項目	お申込者様情報		
フリガナ	セイ	メイ	
お名前	姓	名	様
性別 (○を付ける)	男 ・ 女		
生年月日	西暦・昭和・平成 年 月 日		
郵便番号	□□□□ - □□□□		
ご住所	福岡市		
事前案内送付先 (住所と異なる場合)	福岡市		
ご連絡先	電話番号		
	Fax番号		
	e-mailアドレス		
※よかドック (特定健診) 受診番号	□□□□□□□□		
	※よかドック(特定健診)を受診希望者は必須です		

国民健康保険被保険者証

交付年月日 平成 25年 4月 1日
有効期限 平成 26年 3月 31日

記号 番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9

氏 名 国保 花子

生年月日 昭和 19年 1月 5日 性別 女
資格取得年月日 平成 4年 4月 1日

世帯主氏名 国保 太郎
住 所 福岡市中央区天神1丁目8番1号

よかドック(特定健診)受診番号 98765432

よかドック受診期間は平成25年4月1日～平成26年3月31日です

保険者番号 405099 保険者名 福岡市 印

〇〇区役所保険年金課 (092) 999-9999
この証は、特定健診受診券を兼ねています

【通信欄】（予約センター使用欄ですので記入しないでください）