

(おもて面)

# 春の住民セット健診のお知らせ

- 会場・日にち ①5月13日(日)：漁港会館 ②5月14日(月)：文化会館
- 受付時間 6:00 から開始です。午前中のみの実施となります。  
(受付時間は個別にご案内します)

**注**

**お申込みの前に下記の内容をよくご確認ください。**

健診当日までに40歳以上、国保以外の医療保険に加入されている方で、特定・基本健診を希望される方は以下の内容を必ずご確認ください!!

- 特定・基本健診を受ける際に、加入形態が扶養の方は、各医療保険から発行される「受診券」と保険証が必要となります。加入形態が本人の方で、特定・基本健診を希望される場合は各医療保険での事前の手続きが必要です。
- 受診券の発行及び健診料金、特定健診の検査内容は、加入している医療保険によって異なりますので、詳細は各保険者へご確認ください。

- 労働安全衛生法に基づく従業員の事業主健診の対象となる方は、「がん検診」及び「エキノコックス症検査」のみの受診となります。

- 各健診項目及び料金などのご案内(生活保護世帯の方は無料です)

## 特定・基本健康診査

- 対象：平成30年度中に満19歳以上になる町民
- 料金：500円
- 内容：身体測定・尿検査・血圧測定  
内科診察・血液検査・心電図検査  
眼底検査・腹囲測定

## がん検診

- 対象：平成30年度中に満19歳以上になる町民
- 料金：肺 無料  
胃・大腸 500円
- ★肺がん検診  
胸のX線写真を撮ります。必要な方には痰の検査を行います。
- ★胃がん検診  
バリウムを飲んでX線で胃の写真を撮ります。朝食を抜いて受けて下さい。
- ★大腸がん検診  
2日分の便を取り、血が混ざっていないか調べます。



## エキノコックス症検査

- 対象：小学3年生以上の町民
- 料金：無料
- 内容：血液検査にて、エキノコックスに感染していないか調べます。  
感染すると症状が出るまでに数年かかります。  
5年に1回の検査です。

## ★子ども預かりサービス★

- 対象：未就学児に限る
- 日にち：5月14日(月) 文化会館 南寿
- 時間：8時～10時
- 内容：健診を受けている間、会場で保育士が託児を行います。申込が必要です。

## 肝炎ウイルス検査

- 対象：平成30年度中に満19歳以上になる町民
- ※過去にセット健診で受けたことがある場合は受けられません。
- 料金：無料
- 内容：血液検査にて、肝炎ウイルスに感染していないかを調べます。

今年度、節目の年齢に該当し健診が無料となるのは次の方々です。この機会にぜひ受けてください!!!

<対象者>

25歳：H5.4.1～H6.3.31 生まれ

30歳：S63.4.1～H1.3.31 生まれ

35歳：S58.4.1～S59.3.31 生まれ

うら面へ



(うら面)

- 申込方法 申込用紙を申込箱に入れるか、役場健康推進係にお渡しください。  
※申込箱設置箇所：役場、古平郵便局、幼児センター、文化会館、ふるびら温泉
- 申込期間 平成30年3月23日(金)～4月6日(金)
- 健診キット お申し込みいただいた方には、健診日 **1週間前頃**に健診キットを送付します。

☆☆☆問い合わせ☆☆☆

役場保健福祉課健康推進係(元気プラザ内) TEL: 42-2182 (内線 12・13)

**申し込み箱へ入れる前にもう一度、記入漏れや確認忘れがないかご確認ください!!**

キリトリ

氏名		生年月日	大 昭 平	年	月	日
住所	古平町大字	電話番号				
だ 該 当 す る 箇 所 に チ ェ ッ ク を し て く だ さい	◆ 加入している医療保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 上記以外のその他の医療保険→保険名： _____、加入形態：本人・被扶養者 ※その他の医療保険の方は、保険名及び加入形態を明記してください。					
	◆ 希望する健診日 <input type="checkbox"/> 5月13日(日)漁港会館 <input type="checkbox"/> 5月14日(月)文化会館(託児)					
	◆ 子ども預かりサービスの利用 <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない					
	◆ 希望する健(検)診 <input type="checkbox"/> 基本(特定)健診 <input type="checkbox"/> 肺がん検診 <input type="checkbox"/> 胃がん検診 <input type="checkbox"/> 大腸がん検診 <input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス検査 <input type="checkbox"/> エキノコックス症検査					

キリトリ

氏名		生年月日	大 昭 平	年	月	日
住所	古平町大字	電話番号				
だ 該 当 す る 箇 所 に チ ェ ッ ク を し て く だ さい	◆ 加入している医療保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 上記以外のその他の医療保険→保険名： _____ 加入形態：本人・被扶養者 ※その他の医療保険の方は、保険名及び加入形態を明記してください。					
	◆ 希望する健診日 <input type="checkbox"/> 5月13日(日)漁港会館 <input type="checkbox"/> 5月14日(月)文化会館(託児)					
	◆ 子ども預かりサービスの利用 <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない					
	◆ 希望する健(検)診 <input type="checkbox"/> 基本(特定)健診 <input type="checkbox"/> 肺がん検診 <input type="checkbox"/> 胃がん検診 <input type="checkbox"/> 大腸がん検診 <input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス検査 <input type="checkbox"/> エキノコックス症検査					