

健康ポイント事業参加申込書

令和 年 月 日
日 南 市 長 様

日南市健康ポイント事業実施要綱第 6 条の規定により、参加を申込みます。

氏 名			
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日生（ 歳）		
住 所	〒		
電話番号	（自宅）	（携帯）	
健（検）診の種類 （受診したものを ○ で囲んでください）	<市が実施する健（検）診> ・ 国保特定健診 ・ 後期高齢者健診 ・ 若年者健診 ・ 胃がん ・ 大腸がん ・ 肺がん ・ 子宮頸がん ・ 乳がん ・ 結核 ・ 肝炎ウイルス ・ 骨粗鬆症 ・ 歯周疾患 <市が実施する健（検）診以外> ・ 職場などで行われている健康診査など		

<注意事項>

- 1 市において実施する健（検）診以外（職場での検診等）を受診して申込みをされる場合は、受診したことがわかるもの（結果通知等）が必要になります。
- 2 市において実施する健（検）診を受診され、申込みをされる場合は、郵送、FAX又はメールによる申込みも可能です。ただし、申込書の写しが交付されませんのでご了承ください。
- 3 今年度の 4 月 1 日以降に受診した健（検）診が対象となります。
ただし、市が実施する健（検）診以外の受診対象期間は令和 7 年 1 月 1 日から令和 7 年 12 月 31 日となります。

受付印