

40～74歳の市民の方へ

令和8年度
見附市

セット健診 予約開始

特定健診+がん検診 が半日で受けられます

【セット健診の3つのメリット】

1. 市の特定健診とがん検診が1～2時間で受診可能
2. 定員は各日100名なので混み合いません
3. 男女別の実施日で安心



実施日	男性	5月25日(月)	6月5日(金)	8月24日(月)	8月28日(金)
	女性	5月22日(金)	6月8日(月)	8月21日(金)	9月7日(月)
受付時間	①8:30～9:00 ②9:00～9:30 ③9:30～10:00 ④10:00～10:30 ⑤10:30～11:00				
会場	見附市保健福祉センター				
対象者	40～74歳の見附市民(若年後期高齢を除く) ※令和9年3月31日時点の年齢 ※見附市国保以外の方は 特定健診受診券(集合Bと記載があるもの) がない場合、 受診できませんのでご注意ください。				
内容	A:特定健診 【Aは必須です】 B:胃・大腸・子宮・乳がん検診・胸部レントゲン 【Bの中から2つ以上受診が必要です】 (※前立腺がん・肝炎ウイルス検診・喀痰検査は当日申込となります)				
申込方法(いずれか)	[インターネット] QRコードを読み取り回答→ ("市の健診を希望"に☑し、 最後の方にある質問項目で "セット健診を希望"に☑)	[郵送・窓口] 右側の「令和8年度セット健診申込書」に 記入し、 意向調査票と一緒に提出 (意向調査票は"市の健診を希望"に☑)			
自己負担額	同封のリーフレット「健診・がん検診」または見附市ホームページをご覧ください。				
注意事項	<ul style="list-style-type: none"> ・定員を超えた場合は抽選になります。 ・申込の結果(健診日時)は4月に郵送でお知らせします。 ・提出期限を過ぎた場合の申込みは無効となります。 ・申込み後に医療保険の変更があった方は、受診できない場合がありますので事前に下記担当へご連絡ください。(必須) 				

申込締切：令和8年2月13日(金) 【必着】

【問合せ・申込先】見附市健康福祉課予防医療係 TEL(0258)61-1370 FAX(0258)62-7052

【セット健診希望の方のみ】
切り取ってこちら側を**意向調査票と**
一緒に提出してください。

処理欄	受付	印	入力	印
	確認	印	通知	印

見附市健康福祉課予防医療係 行

MDNo. _____

令和8年 セット健診申込書

- ・ にご記入ください。
- ・ご希望日の定員を超えた場合は抽選になります。ご了承ください。

記入日：令和8年 月 日

セット健診申込み人数： 人

記入例	氏名	生年月日	年齢	保険の種類	第1希望日	第2希望日			
		見附 太郎	昭和 57年 1月 18日	45	<input checked="" type="checkbox"/> 見附市国保 <input type="checkbox"/> その他の保険	○月○日	○月○日		
	住所	電話番号	性別	ご希望の検診に『○』をつけてください。					
	学校町2-13-30	61-1370	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	特定健診 ○	胸部 ○	胃 ○	大腸 ○	子宮 ○	乳 ○
	備考								
①	氏名	生年月日	年齢	保険の種類	第1希望日	第2希望日			
		昭和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 見附市国保 <input type="checkbox"/> その他の保険	月 日	月 日			
	住所	電話番号	性別	ご希望の検診に『○』をつけてください。					
			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	特定健診 ○	胸部	胃	大腸	子宮	乳
	備考								
②	氏名	生年月日	年齢	保険の種類	第1希望日	第2希望日			
		昭和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 見附市国保 <input type="checkbox"/> その他の保険	月 日	月 日			
	住所	電話番号	性別	ご希望の検診に『○』をつけてください。					
			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	特定健診 ○	胸部	胃	大腸	子宮	乳
	備考								
③	氏名	生年月日	年齢	保険の種類	第1希望日	第2希望日			
		昭和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 見附市国保 <input type="checkbox"/> その他の保険	月 日	月 日			
	住所	電話番号	性別	ご希望の検診に『○』をつけてください。					
			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	特定健診 ○	胸部	胃	大腸	子宮	乳
	備考								

※ 記入欄が足りない場合はコピーまたはメモ用紙に記入し貼り付けてご提出ください。

申込締切：令和8年2月13日(金) 【必着】