

本同意書では、令和8年1月2日以降に春日市に転入した人や、市民税の申告をしていない人は、市民税の照会ができません。市民税非課税世帯に該当する人は春日市健康課へ問い合わせください。

令和8年度 春日市市民健康診査受診資格等調査同意書

春日市市民健康診査の受診資格の確認及び健診料の算定のために、特定健康診査受診資格（特定健康診査受診券番号）、重複受診の有無（当年度内の受診済み健診項目）及び健診料減免の対象（市民税非課税世帯・生活保護受給世帯・クリーンエネパーク南部該当地域居住者）に該当するか等を春日市健康課が調査し、医療機関へ伝えることに同意します。また、市の健診として受診するため、市へ健診（検診）結果を提供することを同意します。

【受診者記入欄】黒の太枠内のみご記入ください

ふりがな		申請日	令和 年 月 日
氏名		電話番号	
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
住所	春日市		
受診希望項目	<input type="checkbox"/> 特定健康診査（40歳～74歳の春日市国民健康保険加入者） <input type="checkbox"/> 一般健康診査（20歳～39歳/20歳以上の生活保護受給者） <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 胃がん <input type="checkbox"/> 大腸がん <input type="checkbox"/> 肺がん <input type="checkbox"/> 前立腺がん <input type="checkbox"/> 子宮頸がん <input type="checkbox"/> 乳がん		

----- 【以下 医療機関記入欄】 -----

本人確認書類	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他（ ） ※特定健診を希望の場合、必ず春日市国民健康保険に加入しているかをマイナ保険証等で確認をしてください。
持参書類	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 特定健診受診券（ピンク） <input type="checkbox"/> 個別健診受診券（オレンジ色） <input type="checkbox"/> 勸奨ハガキ

以上の記入が完了した後、春日市健康課（092-501-1134）へ電話してください。
※後期高齢者健康診査については、福岡県後期高齢者医療広域連合（092-651-3111）へ。

【照会結果】※健康課から聞き取った情報のみ記入で構いません。

整理番号		料金区分	A・B・C・D
特定健康診査受診券番号		南部健診	該当 ・ 非該当
今年度受診歴の有無	特定 ・ 一般 ・ 胃 ・ 大腸 ・ 肺 ・ 前立腺 ・ 子宮 ・ 乳		
医療機関名		担当者名	