

あわせて、町の健康ポイント事業に参加することで貰える、「ふくしま県民カード」事業も実施します。
すでに健康づくりに取組まれている方！これから健康づくりに取組もうと考えている方！今日も明日も
元気に過ごすため、毎日の健康づくりに積極的に取組み、お得な特典と健康をゲットしよう！

その他の健康づくり（健康診査・健康教室・ボランティア活動等）は参加するごとに、ポイント引換券を配布します。（ポイント引換券は、緑色から桜色に変わります。）

【組合員への告知】 組合員は、組合費・場所代・ポイントの支払いを、可能な限り（月～日）までにお願いします。									
組合員・がん検診（受診日・会場・場所代・ポイントの支払いを記載しています。）									
受診項目	受診日	会場・場所	ポイント	受診項目	受診日	会場・場所	ポイント	受診項目	受診日
基本・特定検診	/	200		胃がん検診	/	100			
人型ゲノム	/	200		大腸がん検診	/	100			
高度検診	/	200		子宮がん検診	/	100			
尿がん検診	/	200		乳がん検診	/	100			
精密検診	/	200		前立腺がん検診	/	100			
がん検診（がん検診）	/	100		【検診・がん検診ポイント計（点）】					
※ 健康宣言・健康への危機感（組合員は、組合費・場所代・ポイントの支払いを記載しています。）									
受診項目	受診日	会場・場所	ポイント	受診項目	受診日	会場・場所	ポイント	受診項目	受診日
【がん】がん検診	11/13	公民館	100	【がん】がん	/	100			
【がん】がん検診	4/10	保健センター	100						
	/	100							
	/	100							
	/	100							
	/	100							
	/	100							
【健康宣言・健康への危機感（組合員）ポイント計（点）】				【ボランティア活動】ポイント計（点）】					
組合員									
項目	実施日	会場・場所	ポイント	【ボランティア活動】					
組合員	/	200		※ 健康宣言・健康への危機感（組合員）ポイント計（点）】					
	/	100		① 健康宣言・健康への危機感（組合員）ポイント計（点）】					
	/	100		② ニコニコボランティア					
	/	100		③ 子育てボランティア					
	/	100		④ 子育てボランティア					
	/	100		⑤ 子育てボランティア					
	/	100		⑥ 子育てボランティア					
	/	100		⑦ 子育てボランティア					
	/	100		⑧ 子育てボランティア					
	/	100		⑨ 子育てボランティア					
	/	100		⑩ 子育てボランティア					
	/	100		⑪ 子育てボランティア					
	/	100		⑫ 子育てボランティア					
	/	100		⑬ 子育てボランティア					
	/	100		⑭ 子育てボランティア					
	/	100		⑮ 子育てボランティア					
	/	100		⑯ 子育てボランティア					
	/	100		⑰ 子育てボランティア					
	/	100		⑱ 子育てボランティア					
	/	100		⑲ 子育てボランティア					
	/	100		⑳ 子育てボランティア					
	/	100		㉑ 子育てボランティア					
	/	100		㉒ 子育てボランティア					
	/	100		㉓ 子育てボランティア					
	/	100		㉔ 子育てボランティア					
	/	100		㉕ 子育てボランティア					
	/	100		㉖ 子育てボランティア					

No. 0

健康ポイント引換券

この引換券を保健センター、石川町役場、保健健康課または、石川さくうカード各加盟店へご持参ください。
下記のポイントをもとに交換にいろいろのマイレージカードが出来ます。

20 ポイント

有効期限 平成30年3月31日

＜注意事項＞

この引換券の譲渡は、原則禁止です。＊贈与した場合は有効発行は致しません。

この引換券は、この引換券の裏面に記載の加盟店で有効です。

【ポイント引換券と交換できるカードの加盟店一覧】保健健康センター ㈱ 石川町保健センター ☎26-8416

発行日: _____

石川町健康ポイント事業

～高齢者カード～

高齢者サロン

★参加したサロン名と月日を枠内に記入してください。

8回参加する毎に、80ポイント引換券と交換します。

交換した引換券は、保健センター 保健福祉課(石川町役場3階)から加盟店へ持参してください。

引換券と交換した方は、最初からスタートとなります

氏名 _____ (歳)

有効期限:平成30年3月31日

※満期前に紛失した場合は再発行は致しません。

1	2	3	4
5	6	7	8

お問い合わせ：石川町保健センター 電話 26-8416