

がん検診受診券及びクーポン券等 交付申請書 (DL版)

		希望する検診に☑を入れてください。			
		受診券		クーポン券	
子宮頸がん検診と 乳がん検診での例		<input checked="" type="checkbox"/> 子宮頸がん検診 <input checked="" type="checkbox"/> 乳がん検診 <input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス検診 <input type="checkbox"/> 胃がんリスク検査 <input type="checkbox"/> 胃がん(内視鏡)検診		<input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診 <input type="checkbox"/> 乳がん検診 <input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス検診 <input type="checkbox"/> 胃がんリスク検査	
検診種別					
申請日		令和 年 月 日			
受診者	ふりがな				
	氏名				
	生年月日	昭和・平成 年 月 日			
	住所 (住民票のある所)	和泉市			
	電話番号	() -			
申請理由		申請理由の番号に○を入れてください。			
		① 対象年度に受診しなかったため ② 再発行(紛失・破損・その他) ③ 新規発行(転入・その他)		46歳で受診せず、47歳で受診を希望する場合。	

上記のとおり申請します。

和泉市長 あて

住所、年齢、受診履歴の確認に同意します。

申請者氏名(自署) _____

(代理申請の場合のみ以下記入)

住所 _____

以下担当者記入

本人確認書類		処理日	担当者
<input type="checkbox"/> 運転免許証 ・ <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード ・ その他 ()			
(受診券名)	(受付番号)	(受診券名)	(受付番号)
・子宮頸がん		・胃がんリスク	
・乳がん		・内視鏡検査	
・肝炎ウイルス			