

関市健診受診券（再発行・新規発行）申請書

関市長様

年 月 日

下記のとおり、資格確認・受診券の再発行を申請します。

◎今年度の健診受診状況 受診歴なし 受診歴あり⇒下記の当てはまるものに☑をお願いします。

- ヤング 胃(X線/内視鏡) 大腸 肺 前立腺 乳(超音波/マンモ)
子宮 骨 肝炎 歯科 特定健診 すこやか健診 さわやか口腔健診

年度内に2回受診する等受診券を不正に使用した場合、市の求めに応じ健診費用を自己負担します。

本人記入欄

申請者 (※1代理人)		受診者と の続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他()
身分確認	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード(マイナ保険証) <input type="checkbox"/> その他()		
保険の種類	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 社会保険(国民健康保険以外) <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険		
申請事由	<input type="checkbox"/> 再発行(<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> その他〔 〕) <input type="checkbox"/> 新規発行		
受診券の種類	<input type="checkbox"/> 関市健診(がん検診等) <input type="checkbox"/> 特定健診 <input type="checkbox"/> すこやか健診 <input type="checkbox"/> さわやか口腔健診		
フリガナ 受診者氏名		生年月日	年 月 日
住所	関市	電話番号	

※ 代理人(親族以外の方)が申請する場合は、委任状が必要です。

市民健康課 FAX: 0575-23-6757

市記入欄

特定健診	受診者番号		有効期限	年 月 日		
	受診券整理番号			※75歳になる方は、誕生日の前日		
すこやか健診 さわやか口腔健診	受診券整理番号		有効期限	すこやか: 12月末日		
	被保険者番号			さわやか: 2月末日		
関市健診 (がん検診等)	受診者番号		クーポン	・非該当 ・該当(胃・大・乳・子)		
	健診の種類 (対象に○)	ヤング	胃がん X線	胃がんX線/内視鏡		胃がん 内視鏡
		大腸がん	肺がん ・結核	前立腺 がん	乳がん 超音波	乳がん マンモ
		子宮頸 がん	骨粗 しょう症	肝炎	歯科	OGTT

作成		対応	
----	--	----	--

委任状

関市長様

代理人（申請者）

住所

氏名

私は、上記の者を代理人と定め、以下の交付（手続き）申請及び受領の権限を委任します。

<input type="checkbox"/> 関市特定健診	}	受診券の交付申請及び受領
<input type="checkbox"/> 関市後期高齢者健診		
<input type="checkbox"/> 関市健診		

年 月 日

委任者

住所

氏名

生年月日 大正
昭和 年 月 日生
平成