健診受診券（再交付・新規交付）申請書

関　市　長　様

平成　　年　　月　　日

下記のとおり受診券の発行を申請します。

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

申　請　者 （※１代理人）		受診者 との続柄	
身 分 確 認	□免許証　□保険証　□その他（　　）		
申 請 事 由	□再発行（□紛失　□その他〔　　〕） □新規交付		
発行を希望する 受診券	□関市健診(がん検診など) 受診券　□特定健診受診券　□すこやか健診受診券		
国保記号番号		後期記号番号	
フリガナ 受診者氏名		生年月日	年　月　日
住所	関市	電話番号	

※１ 代理人（別世帯の方）が申請する場合は、委任状が必要です。

通信欄（受付課は、申請を受付後、担当課へ必要事項の記載を FAX で依頼する。）

受付課		備考	
返信先 FAX 番号			

通信欄（依頼を受けた担当課は、受診資格を確認し、下記必要事項を記載し受付課へ FAX する。）

<table>
<tr><td rowspan="2">特定健診
FAX 23-7739</td><td>受診者番号
※個人キー</td><td></td><td rowspan="2">有効期限</td><td rowspan="2">平成　年　月　日
※75歳になる方は、誕生日の前日</td></tr>
<tr><td>受診券
整理番号</td><td></td></tr>
<tr><td>すこやか健診
FAX 23-7748</td><td>受診券
整理番号</td><td></td><td>有効期限</td><td>平成　年　月　日</td></tr>
<tr><td rowspan="2">関市健診
（がん検診など）
FAX 23-6757</td><td>受診者番号</td><td></td><td>無料クーポン</td><td>・非該当
・該当（　胃・大・肺・乳・子　）</td></tr>
<tr><td>健診の種類</td><td colspan="3"><table>
<tr><td>肝　炎</td><td>肺がん(結核)</td><td>胃がん</td><td>大腸がん</td><td>前立腺がん</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>乳がん</td><td>子宮がん</td><td>骨粗しょう症</td><td>ヤング</td><td>歯　科</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table></td></tr>
</table>