

各種検診受診券発行申請書

令和 年 月 日

藍住町長 殿

申請者 ふりがな
氏名 _____

住所 _____

電話番号 _____

対象者との続柄
本人 同一世帯員
その他()

次のとおり、受診券の発行を申請します。

発行対象者	ふりがな	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
	氏名		
	住民票に記載の住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	藍住町
	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日	
発行希望の検診	<input type="checkbox"/> 胃がん検診 <input type="checkbox"/> 肺がん検診 <input type="checkbox"/> 大腸がん検診		
	<input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス検診 <input type="checkbox"/> 前立腺がん検診		
	<input type="checkbox"/> 乳がん検診 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診		
申請理由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 受診希望 <input type="checkbox"/> その他()		

職員記入欄(申請時確認)			
受付方法	<input type="checkbox"/> 電話申請	交付方法	<input type="checkbox"/> 郵送(発送日:令和 年 月 日)
	<input type="checkbox"/> 窓口申請		<input type="checkbox"/> 窓口交付※1
本人確認	1点	<input type="checkbox"/> 個 <input type="checkbox"/> 免 <input type="checkbox"/> 旅 <input type="checkbox"/> その他()	
	2点	<input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 後 <input type="checkbox"/> 介 <input type="checkbox"/> 診 <input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> その他()	

※1 同一世帯員以外の方に窓口交付する場合、別途委任状が必要です。