

# 加須市各種検(健)診受診券等 交付・再交付申請書

受診者氏名						
生年月日	大・昭・平	年	月	日	年度末年齢	歳
住所	加須市					
電話番号	—	—	携帯	—	—	

- 申請を希望する検(健)診については、今年度未受診です。(人間ドック含む)
- 胃がんリスク検診は、過去一度も受けていません。
- 肝炎ウイルス検診は、過去一度も受けていません。

次のとおり受診券等の交付・再交付を申請します。  
なお、重複受診の場合は検(健)診費用を全額自己負担します。

令和 年 月 日

申請者が受診者と異なる場合は以下をご記入ください。

申請者氏名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

受診者との関係 \_\_\_\_\_

希望する 検(健)診	<input type="checkbox"/> 肺がん検診 ( <input type="checkbox"/> 結核検診 ※65歳以上 )	<input type="checkbox"/> 前立腺がん検診(※50歳以上)
	<input type="checkbox"/> 胃がん検診	<input type="checkbox"/> 胃がんリスク検診(ピロリ菌検査) (※40歳～75歳の未受診者)
	<input type="checkbox"/> 大腸がん検診	<input type="checkbox"/> B型及びC型肝炎ウイルス検診 (※40歳以上の未受診者)
	<input type="checkbox"/> 乳がん検診	<input type="checkbox"/> 国保健診【保険証NO. _____】
	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診 ( <input type="checkbox"/> はがき20～39歳 <input type="checkbox"/> パスポート )	<input type="checkbox"/> 後期高齢者健診【保険証NO. _____】
	<input type="checkbox"/> 骨粗しょう症検診	<input type="checkbox"/> 健康診査(生活保護受給者)
		<input type="checkbox"/> 歯科検診
個人番号	※個人番号の記入は不要です	
申請理由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 届いていない <input type="checkbox"/> 転入・加入(令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> その他	

(代理人の場合は記入)

私は、申請者を代理人と認め、個人番号の提供を委任します。 氏名 \_\_\_\_\_

未受診確認	<input type="checkbox"/> 健康かるて <input type="checkbox"/> 健康手帳 <input type="checkbox"/> 口頭 <input type="checkbox"/> その他( _____ )					
交付方法	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送					
交付場所	<input type="checkbox"/> いきいき健康医療課 <input type="checkbox"/> 国保年金課    総合支所( <input type="checkbox"/> 騎西 <input type="checkbox"/> 北川辺 <input type="checkbox"/> 大利根 )					
受付者		確認者		<input type="checkbox"/> 結核(65歳以上)確認 <input type="checkbox"/> 肝炎履歴確認 <input type="checkbox"/> 乳(偶数年齢)確認	<input type="checkbox"/> 前立腺(50歳以上)確認 <input type="checkbox"/> 胃リスク履歴確認 <input type="checkbox"/> 骨確認	