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)
☐ 乳がん検診は、前年度受けていません。
☐ 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	☐肺がん検診 (☐結核検診　※65歳以上)	☐前立腺がん検診(※50歳以上)
	☐胃がん検診	☐胃がんリスク検診(ピロリ菌検査) (※40歳～75歳の未受診者)
	☐大腸がん検診	☐B型及びC型肝炎ウィルス検診 (※40歳以上の未受診者)
	☐乳がん検診 (※偶数年齢の女性または前年度未受診の女性)	☐国保健診【保険証NO.　　】
	☐子宮頸がん検診 (☐はがき20～39歳　☐パスポート)	☐後期高齢者健診【保険証NO.　　】
	☐歯科検診	☐健康診査(生活保護受給者)
個人番号		※個人番号の記入は不要です
申請理由	☐紛失　☐届いていない　☐転入・加入(令和　年　月　日)　☐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	☐健康かるて　☐健康手帳　☐口頭　☐その他(　　)			
交付方法	☐窓口　☐郵送			
交付場所	☐いきいき健康医療課　☐国保年金課　総合支所(☐騎西　☐北川辺　☐大利根)			
	受付者		確認者	☐結核(65歳以上)確認　☐前立腺(50歳以上)確認 ☐肝炎履歴確認　☐胃リスク履歴確認 ☐乳(偶数年齢/前年度未受診)確認