

各種がん検診受診券再交付申請書

再交付

令和 年 月 日

浅口市長 殿

申請者 住所

氏名

(生年月日 年 月 日)

電話 -

受診者との続柄 ()

下記のとおり、「各種がん検診受診券」の再交付を申請します。

ただし、各種がん検診受診券を使用し、今年度二重受診した場合は、費用は全額実費とします。

受診者	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ (以下省略可)	
	氏名	
	住所	浅口市 町
	生年月日	年 月 日
申請理由	1. 紛失 2. 破損 3. その他 ()	
交付するもの	1. 肺がん・結核検診受診券 2. 大腸がん検診受診券 3. 胃がん(内視鏡またはレントゲン)検診受診券 4. 胃がん (ピロリ菌) 検診受診券 5. 前立腺がん検診受診券 6. 子宮頸がん検診受診券 7. 乳がん検診受診券 8. 肝炎ウイルス検診受診券	
今年度の受診状況	<input type="checkbox"/> 交付を希望する検診については、市が実施する検診を受診していない	

上記の交付申請を申請者に委任します。

委任者 住所

氏名

印

※以下の欄は記入しないでください。

確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード	<input type="checkbox"/> パスポート
	<input type="checkbox"/> その他 ()		

発行日： 年 月 日 (検診会場 ・ 郵送 ・ 手渡し)

確認者 ()