

# 検(健)診結果通知書再交付申請書

再交付

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 ( )

下記のとおり検(健)診結果通知書の再交付を申請します。

受診者	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ (以下省略可)
	氏名
	住所 浅口市
	生年月日 年 月 日
	電話番号
再交付申請理由	1. 紛失 2. 破損 3. その他 ( )
受診(健)検診 該当の検診に○ を してください。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特定健診 ・75歳以上健診 ・肺がん喀痰検査</li> <li>・肺がん・結核検診(胸部レントゲン)・胃がん(ピロリ菌)検診</li> <li>・胃がん(レントゲン)検診 ・胃がん(内視鏡)検診</li> <li>・大腸がん検診 ・前立腺がん検診 ・肝炎ウイルス検診</li> <li>・乳がん検診視触診 ・乳がん検診マンモグラフィ ・子宮頸がん検診</li> </ul>
受診日	年 月 日
受取方法	<input type="checkbox"/> 自宅へ郵送 <input type="checkbox"/> 健康福祉センター健康こども福祉課 窓口 ※書面の用意が出来ましたらご連絡します。 ※受け取りは、ご本人のみとなります。 ※受け取りの際は、身分証明書をお持ちください。

上記の再交付を申請者に委任します。

委任者 住所  
 氏名 Ⓜ

※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 ( )
------	--

確認者 ( )