

# 各種がん検診受診券交付申請書（転入者用）

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 町
	生年月日	年 月 日
申請理由	1. 転入（転入日：令和 年 月 日）	
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(ピロリ菌またはレントゲン)検診受診券 4. 前立腺がん検診受診券 5. 子宮頸がん検診受診券 6. 乳がん検診受診券 7. 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"/> 住民基本台帳カード <input type="checkbox"/> 被保険者証（医療保険、介護保険） <input type="checkbox"/> その他（ ）
------	---

発行日： 年 月 日（検診会場・郵送・手渡し） 確認者（ ）