

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	□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		□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 ()