

みよし市健康診査受診券（再交付・新規交付）申請書

みよし市長 殿

年 月 日

下記のとおり受診券の発行を申請します。

なお、年度内に2回受診するなど、受診券を不正に使用した場合、市の求めに応じ健診費用を自己負担します。

申請者※1	窓口に来られた方	受診者との 続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族（ ） <input type="checkbox"/> その他※1（ ）
フリガナ 受診者氏名		生年月日	年 月 日
住所	みよし市	電話番号	
申請理由	<input type="checkbox"/> 再発行（ <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> その他（ ）） <input type="checkbox"/> 新規交付		
発行を希望する受診券	<input type="checkbox"/> 全て（ <input type="checkbox"/> 特定 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> がん） <input type="checkbox"/> 一部（ ）		
希望する受取方法	<input type="checkbox"/> 窓口（直接） <input type="checkbox"/> 郵送		

※1 代理人（別世帯の人）が申請する場合は委任状が必要です。

※2 負担金免除申請や送付先住所変更手続きをされている場合は職員にお申し出ください。

（お申し出のない場合は対応できませんのでご了承ください）

.....

↓以下は職員が記入しますので記入不要です。

対応職員記入欄

受付方法	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> その他（ ）	対 応	
身分確認	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
受診確認 <small>※今年度の受診の有無を「健康かるて」で確認してください</small>	<input type="checkbox"/> 特定（未・済） <input type="checkbox"/> 胃がん（未・済） <input type="checkbox"/> 前立腺がん（未・済） <input type="checkbox"/> 後期（未・済） <input type="checkbox"/> 肺がん・胸部（未・済） <input type="checkbox"/> 乳がん（未・済） <input type="checkbox"/> 歯科（未・済） <input type="checkbox"/> 大腸がん（未・済） <input type="checkbox"/> 骨密度検診（未・済） <input type="checkbox"/> 肝炎（未・過去受診有） <input type="checkbox"/> 子宮がん（未・済）		
資格確認	<input type="checkbox"/> 後期資格あり <input type="checkbox"/> 特定(国保資格あり →→→→→→→→	国保担当	
送付履歴確認	<input type="checkbox"/> 送付履歴なし <input type="checkbox"/> 送付履歴あり →→ <input type="checkbox"/> 再発行印	発 行	
チェック項目	<input type="checkbox"/> 受診券の色 <input type="checkbox"/> 氏名・住所確認 <input type="checkbox"/> 印字のずれ <input type="checkbox"/> 送付履歴入力		

確認職員記入欄

チェック項目	<input type="checkbox"/> 受診券の色 <input type="checkbox"/> 氏名・住所確認 <input type="checkbox"/> 印字のずれ <input type="checkbox"/> 再発行印 <input type="checkbox"/> 受診券内容	確 認	
お渡し・発送	年 月 日	方 法	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 送付