

# 健康診査受診券 ・ 無料クーポン券 再交付申請書(郵送用)

福井市健康管理センター所長 様

次のとおり、再交付を申請いたします。

また、不正な使用(第三者への譲渡・重複使用など)をしないことに同意します。

※ 太枠内をご記入ください

|   |      |          |    |   |   |        |
|---|------|----------|----|---|---|--------|
|   |      | 申請日      | 令和 | 年 | 月 | 日      |
| <input type="checkbox"/> 再交付理由 ( 紛失 ・ 破損 ・ その他( ) ) |      |          |    |   |   |        |
| 申請者<br>(本人)   | フリガナ |          |    |   |   |        |
|   | 氏名   |          |    |   |   |        |
|   | 住所   | 福井市      |    |   |   |        |
|   | 生年月日 | 電話番号:    |    |   |   |        |
|   |      | 大正・昭和・平成 | 年  | 月 | 日 | 年齢:( ) |
| 代理届出者   | [住所] | [電話]     |    |   |   |        |
|   | [氏名] | [続柄]     |    |   |   |        |

※ 記載された個人情報 は本事業以外で使用されることはありません。

|      |         |  |
|------|---------|--|
| 申請項目 | 受診券     | <input type="checkbox"/> 肺がん <input type="checkbox"/> 胃がん <input type="checkbox"/> 大腸がん<br><input type="checkbox"/> 子宮頸がん <input type="checkbox"/> 乳がん<br><input type="checkbox"/> 特定・長寿・一般 <input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス <input type="checkbox"/> 前立腺がん <input type="checkbox"/> 胃がんリスク血液検査 |
|      | 無料クーポン券 | <input type="checkbox"/> 子宮頸がん <input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症<br><input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス   |
|      | 無料受診券   | <input type="checkbox"/> 歯周疾患  |

以下福井市記入欄

|     |    |       |
|-----|----|-------|
| 処理欄 |    | 受付    |
| 発行日 | 令和 | 年 月 日 |