

処理欄

各種健診(検診)受診券・クーポン券再発行申請書

年 月 日

白浜町長宛

申請者 氏 名 _____

住 所 _____

電話番号 _____

受診者との続柄 本人 同居の親族
その他 ()

各健診(検診)の受診機会は年度中(4月1日から翌年の3月31日まで)に1回です。
紛失していた受診券を使用して再度健診(検診)を受診した場合は、検診費用が実費となります。

上記に同意し、受診券の発行を申請します。

受診者	氏 名	(ふりがな)			
		<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒	白浜町	
	生年月日		年	月	日
再発行を希望する受診券		<input type="checkbox"/> 特定健康診査受診券 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診受診券 <input type="checkbox"/> 胃がん検診受診券 <input type="checkbox"/> 乳がん検診受診券 <input type="checkbox"/> 大腸がん検診受診券 <input type="checkbox"/> 歯周病検診受診券 <input type="checkbox"/> 肺がん検診受診券 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診無料クーポン券 <input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス検診受診券 <input type="checkbox"/> 乳がん検診無料クーポン券			