

# 胃内視鏡検診受診券 交付申請書

(宛先) 古賀市長

次のとおり、胃内視鏡検診受診券の交付を申請します。

|  |   |     |   |   |      |   |
|--|---|-----|---|---|------|---|
|  |   | 申請日 |   | 年 | 月    | 日 |
| 受診者  | 住所  | 古賀市 |   |   |      |   |
|  | 氏名  |     |   |   |      |   |
|  | 生年月日  | 年   | 月 | 日 | 電話番号 |   |
| 申請者  | <input type="checkbox"/> 受診者と同一 <input type="checkbox"/> 受診者と異なる    【続柄：                      】（下記に記入してください。） |     |   |   |      |   |
|  | 住所  | 古賀市 |   |   |      |   |
|  | 氏名  |     |   |   |      |   |
|  | 生年月日  | 年   | 月 | 日 | 電話番号 |   |
| <input type="checkbox"/> この受診券の売買、第三者への譲渡はできません。<br><input type="checkbox"/> 年度内に胃がん検診(バリウム・内視鏡)を重複して受けた場合には、2回目以降の検診費の全額を自己負担とする。<br>上記内容に、該当及び同意します。                      自署 _____ |   |     |   |   |      |   |

1. 太枠内をもれなく記入してください。
2. 申請書の個人情報、受診券交付以外に利用することはありません。
3. 申請者の本人確認書類（運転免許証、健康保険証等）を提示してください。  
※郵送で申請する場合は、本人確認書類の写しを添付してください。

【申請先】〒811-3116 古賀市庄205番地  
 古賀市役所 健康介護課 健診指導係  
 TEL:092-942-1151 FAX:092-942-1154

《市記入欄》

- ☐ 対象月生まれ、50歳以上  
☐ 今年度、胃がん検診未受診  
☐ 集団健診にて胃がん検診の申込み【 有 ・ 無 】  
☐ 減免の申請【 有 ・ 無 】（自己申告）

|         |  |
|---------|--|
| 本人確認書類  | <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> その他（                      ） |
| 交付（郵送）日 | 年                      月                      日  |