

受診料（自己負担金）免除証明願

(宛先) 津 島 市 長

住 所

氏 名

電話番号

続 柄 ()

下記検診等を受診するため、受診料（自己負担金）免除証明書の交付を願い出ます。

なお、この申請に基づき、関係機関において課税状況等の確認がなされることに同意します。

受診者住所			
受診者氏名			
生年月日		電話	

記

区 分	受 診	区 分	受 診	有効期間 申請日 検診期間
骨粗鬆症検診（集団） ※該当年齢の女性のみ		肝炎ウイルス検診	※クーポン要件確認	
胃がん検診		肺がん検診		
胃がんリスク検診		大腸がん検診		
子宮がん検診 ※女性、2年に1回の受診	※クーポン要件確認	前立腺がん検診 ※男性、3年に1回の受診	※クーポン要件確認	
乳がん検診 ※女性、2年に1回の受診	※クーポン要件確認	眼科検診 ※3年に1回の受診	※クーポン要件確認	
歯科健診	※クーポン要件確認	健康増進法による健康診査 ※生活保護世帯の方のみ	※OCR受診券発行	

※受診する検診等について、「受診」欄に○印を記入してください。

委任欄

私は、記入者を代理人と定め、本件に係る一切の権限を委任いたします。

委任者

住所 _____

氏名

Ⓜ _____

備考	郵送 : 発行日 (/) 発送日 (/)
本人確認	マイナンバーカード・免許証・保険証・診察券・その他 ()

※骨粗しょう症検診の場合は、広報で日時を確認後に申込みが必要な旨伝えること。

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。