

三島市 健診受診カード等再発行申込書（郵送用）

フリガナ			
氏名			
生年月日	昭和 ・ 平成	年	月 日
住所	三島市		
電話番号	— —		
受ける健診の 種類 （✓を入れて ください）	<input type="checkbox"/> 20～39歳※(女性) 子宮がん検診		
	<input type="checkbox"/> 35～39 歳※ 健康診査(国保)		
	40 歳以上※ <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> がん検診 <input type="checkbox"/> 健康診査(後期) </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> 特定健診(国保) <input type="checkbox"/> 健康診査(生活保護) </div>		
	20.30.40.45.47.50.52.55.58.60.65.70 歳※ <input type="checkbox"/> 歯周病検診		
健康保険の 種類	国保 ・ 後期 ・ それ以外(協会けんぽ等)		

※健診対象者の年齢は当年度末時点のものです。

●代理人の場合

フリガナ			
代理人氏名			

【申込方法】

①この申込書(または同様の内容を記入した用紙)、②返信用の切手、③本人確認書類の写し(代理人の場合は代理人の分も必要)を三島市立保健センターへ郵送してください。