

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※ |
| | <input type="checkbox"/> がん検診 <input type="checkbox"/> 健康診査(後期) |
| | <input type="checkbox"/> 特定健診(国保) <input type="checkbox"/> 健康診査(生活保護) |
| 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。