

大阪がん循環器病予防センターがん検診（施設）申込書

年 月 日

泉南市長 様

申請者 住所 泉南市

氏名 対象者との続柄（ ）

電話 - -

下記のとおり、大阪がん循環器病予防センターがん検診受診券の交付を申請いたします。
なお、受診者確認時、住民基本台帳を閲覧することに同意します。

記

受診者 氏名	
生年月日	昭和・平成 年 月 日 () 歳
住所	〒590- 泉南市 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ
電話番号	- -

〈今回受診を希望する検診〉希望する検診の左欄に○を記載ください。

○	がん検診	受診履歴【市使用欄】
	胃（バリウム胃部 X 線）	
	大腸（便潜血反応検査）	
	乳（マンモグラフィ）	
	子宮（子宮頸部細胞診）	
	肺（胸部 X 線）	

- ※ 生活保護世帯および非課税世帯（世帯全員）の場合はお申し出ください。
「健康診査等一部自己負担金徴収免除証明書」の申請を行うと、検診費用が無料になります。
※ 受診者本人と同一世帯以外の方が申請する場合には、委任状が必要です。

【市記入欄】

本人確認	確認方法	確認者
<input type="checkbox"/> 申請者	<input type="checkbox"/> 運転免許証	
<input type="checkbox"/> 代理人	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード または 資格確認書	
	<input type="checkbox"/> その他（ ）	

健康診査等一部自己負担金徴収免除証明書の申請（ 無 ・ 有 NO. ）