

検診（健診）結果等（再）交付申請書

年 月 日

健康課長 あて

日付は、提出する日を記入してください。

申請者
 住 所 **日進市岩崎町兼場 101-1**
 氏 名 **日進 康子**
 生年月日 大正・昭和・平成 **58** 年 **5** 月 **5** 日
 電話番号 (**0561**) **72** - **0770**

下記検診（健診）結果等を（再）交付してください。

記

受診者	フリガナ	ニッシン タケル	生年月日	大正・昭和・平成 59 年 3 月 3 日
	氏 名	日進 健		
	住 所	日進市岩崎町兼場 101-1		
			電話番号	(0561) 72 - 0770
種 類	① 集団がん検診 (胃・大腸・乳・子宮) 2 特定健診 (保健センター) 同時がん検診 (胃・大腸・乳・子宮・前立腺) 3 個別がん検診 (胃・大腸・肺・乳・子宮・前立腺) 4 30代さわやか健診 5 肝炎ウイルス検診 6 骨粗しょう症検診 7 その他 (
検診日	令和2 年 10 月 10 日 受診			
理 由	紛失したため			

申請者は受診者本人となります。
受診者本人以外の申請の場合には、委任状が必要です。

※申請者が受診者本人以外の場合は、この委任状に記入が必要です。

委任状

受診者 (委任者) 氏名 **日進 健**
 私は、上記検診 (健診) 結果の請求に関することを以下の者に委任します。
 申請者 (受任者) 住所 **日進市岩崎町兼場 101-1**
 氏名 **日進 康子** (受診者との続柄 **妻**)

申請者本人確認

- 運転免許証 健康保険被保険者証
 その他 ()

申請No.

担当者氏名