明石市健診等受診券申請書（　　年度分）

申　請　日	年　　月　　日
ふ り が な	
氏　　名	
生年月日	年　　月　　日生　（　　歳）
住　　所	〒　　－ 明石市
電話番号	（　　）　　－
健康保険の種類	該当する種類に○をつけてください。 □ 国民健康保険　　□ 後期高齢者医療制度 □ その他（職場の健康保険 等）
発行を希望する受診券の種類	発行を希望する受診券に○をつけてください。 □ **健康まもりタイ健診（特定健康診査）助成券** 【40 歳以上の国民健康保険加入者】※ □ **後期高齢者健康診査助成券** 【後期高齢者医療制度加入者】 □ **がん検診等助成券**【40 歳以上の市民(子宮がん検診は 20 歳以上)】※ （大腸がん・胸部・胃がんリスク・乳がん・子宮がん・肝炎ウイルス検診） ※上記の年齢は、当該年度 3 月 31 日時点 □ **歯周病検診受診券**【当該年度 4 月 1 日現在 40、50、60、70 歳の市民】 （歯周病検診）

※交付は、当該年度 6 月(一斉発送)以降となります。

これより下には記入しないでください。

受診券整理番号	受診者番号	区分	受付日	担当者	処理日
		新規・再交付	／		／

明　石　市