

がん検診等受診者証明書交付申請書

夕張市長 様

がん検診等を受診するにあたり、受診者証明書を交付していただきたく申請します。

申請者	住所			
	氏名	①	電話番号	
夕張市が、あなたの世帯の課税状況、その他必要な事項について調査確認することに (同意します ・ 同意しません) ※ 同意されない場合は、市民税課税世帯者として扱われます				
受診者	氏名	生年月日		医療機関名
		明・大・昭・平 年 月 日		
	受診予定日	受診する検診名 ※○をつけてください		
	令和 年 月 日	・健康増進法による健診(生活保護受給者) ・胃がん ・肺がん ・大腸がん ・乳がん ・子宮がん ・肝炎ウイルス ・骨粗しょう症 ・エキノкокクス		

市記入欄	課長	主幹	係長	主査	係
	確認結果	1 検診対象 該当 / 非該当 (夕張市民 健康増進法による健診：40歳以上、生保受給者 胃がん・肺がん・大腸がん：30歳以上 乳がん：40歳以上、西暦(偶数・奇数)年生まれ 前年度未受診 2方向・1方向 子宮がん：20歳以上、西暦(偶数・奇数)年生まれ 前年度未受診 肝炎：40歳以上、過去に受けたことがない 骨粗しょう症：40歳・45歳・50歳・55歳・60歳・65歳・70歳、女性 エキノкокクス：小学3年生以上、5年以上検査を受けていない)			
受理年月日： 令和 年 月 日		2 料金区分 課税 / 非課税・生保・70歳以上			※年齢は今年度末現在
申請場所： 保健福祉課 ・ 南支所					