

## 草津市肝炎ウイルス検診受診票申請書

草津市長 宛

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

〒525-00 \_\_\_\_\_

住 所 草津市 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 (満 \_\_\_\_\_ 歳)

電話番号 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

代理人または成年後見人

氏 名 \_\_\_\_\_ (続柄: \_\_\_\_\_)

電話番号 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

草津市肝炎ウイルス検診を受診したく、下記のとおり申請します。

記

| 希望項目 | 肝炎ウイルス検診(対象年齢)                                   | 受診料                      | 前回 受診日                         | 受診時期                    | チェック |
|------|--|--------------------------|--------------------------------|-------------------------|------|
|      | 肝炎ウイルス検診(40～64歳) <input type="checkbox"/> クーポン対象 | (個別) 1,000円<br>(集団) 600円 | _____ 年 _____ 月<br>※受診は1回のみです。 | _____ 年 _____ 月 _____ 日 |      |
|      | 肝炎ウイルス検診(65歳以上)                                  | 0円                       | _____ 年 _____ 月<br>※受診は1回のみです。 | _____ 年 _____ 月 _____ 日 |      |

※職員記入欄 ↑

※郵送での申請の場合は本人確認書類(顔写真付きであれば1点、顔写真無しであれば2点)の写しを同封してください。  
 ※郵送の場合は、ご自宅に受診票が届くまでに時間がかかる場合があります。受診日予定日から余裕をもって申請してくだ

※職員記入欄

【確認事項】

- 1) 健康かるてにて肝炎ウイルス検診の過去の受診歴はないか? ( はい ・ いいえ )
- 2) 令和6年度肝炎ウイルス検診クーポン券の送付履歴はないか? ( はい ・ いいえ )
- 3) 発行( 郵送 ・ 窓口 ) 本人確認書類〔運転免許証・健康保険被保険者証・その他( \_\_\_\_\_ )〕
- 4) 受付者( \_\_\_\_\_ )