

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 ^{M・T} _____ 年 _____ 月 _____ 日 (満 歳)
_{S・H}

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 (集団) 600円	_____年 _____月 ※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 ※受診は1回のみです。	_____年 _____月 _____日	

※職員記入欄 ↑

※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4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(_____)