

三島市 健診受診カード等再発行申込書（郵送用）

フリガナ	
氏名	
生年月日	昭和・平成 年 月 日
住所	三島市
電話番号	— —
受ける健診の種類 (✓を入れてください)	<input type="checkbox"/> 20～39歳※(女性) 子宮がん検診
	<input type="checkbox"/> 35～39歳※ 健康診査(国保)
	40歳以上※
	<input type="checkbox"/> がん検診 <input type="checkbox"/> 健康診査(後期) <input type="checkbox"/> 特定健診(国保) <input type="checkbox"/> 健康診査(生活保護)
	20.30.40.41.45.47.50.51.52.55.58.60.61.65.70.71歳
	<input type="checkbox"/> 歯周病検診
健康保険の種類	国保・後期・それ以外(協会けんぽ等)

※健診対象者の年齢はR7.3.31時点のものです。

●代理人の場合

フリガナ	
代理人氏名	

【申込方法】

①この申込書(または同様の内容を記入した用紙)、②返信用の切手、③本人確認書類の写し(代理人の場合は代理人の分も必要)を三島市立保健センターへ郵送してください。