令和___年度 明石市健診等受診券申請書（送付先変更）

申　請　日	年　　月　　日
ふりがな 申請者氏名	
ふりがな 受診者氏名	□ 申請者と同じ （受診者氏名省略可）
生年月日	年　　月　　日生　（　　歳）
住民票上の住所	〒　　－ 明石市
送付先住所	〒　　－
送付先を変更する理由	
電話番号	（　　）　　－
健康保険の種類	該当する種類に〇をつけてください。 □ 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〇をつけてください。 □ **健診（特定健診または後期高齢者健診）助成券** 【40歳以上の国民健康保険加入者または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】

※本人確認書類のコピーを添付してください。申請者が異なる場合は申請者分も必要です。
※送付先を変更する場合は毎年申請が必要です。交付は当該年度6月中旬以降となります。

これより下には記入しないでください。

受診者番号	確認書類	区分	受付日	担当者	処理日
	本人・申請者	新規・再交付	／		／