

年 月 日

(宛先) 高松市長

受診券等再交付申請書 (施設・病院用)

次のとおり、受診券等の再交付を申請します。

なお、私は、下記の代理人(受任者)に、受診券等の再交付、申請及び受領における一切の権限を委任します。

申請者(委任者)氏名 \_\_\_\_\_

再交付が必要な人(申請者)	住所	高松市 町	
	フリガナ		
	氏名		
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 西暦 ( 歳)	
	電話番号	— —	
	再交付を希望する受診券等の種類		
	<input type="checkbox"/> 健康診査 <input type="checkbox"/> 胃がん(集団・個別)検診 <input type="checkbox"/> 大腸がん検診 <input type="checkbox"/> 結核・肺がん集団検診 <input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス検診 <input type="checkbox"/> 乳がん検診 <input type="checkbox"/> 前立腺がん検診 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診 <input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザのお知らせ <input type="checkbox"/> 歯科健康診査		
再交付の理由	紛失・未着・前年度該当者(乳・子宮・歯) その他(転入等)		
代理人(受任者)	フリガナ		
	氏名		
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 西暦 ( 歳)	
	申請者との関係	<input type="checkbox"/> 施設(病院)代表者 <input type="checkbox"/> 施設(病院)職員 <input type="checkbox"/> その他( )	
	送付先	<input type="checkbox"/> 入所(入院)施設 <input type="checkbox"/> かかりつけ医 <input type="checkbox"/> その他( )	
		住所	
		宛先	
電話番号		— —	

高松市処理欄	<input type="checkbox"/> 来所 <input type="checkbox"/> 郵送	受付日	令和 年 月 日	受付者	
	<input type="checkbox"/> 発行履歴確認	交付方法	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送	再交付日	令和 年 月 日
	本人確認	<input type="checkbox"/> 代理人申請	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 身分証明書(写真付) <input type="checkbox"/> 公的証明書2点(写真なし)		