

※自己負担金免除対象者以外は申請不要です

検診自己負担金免除申請書

舞鶴市長様

検診受診の自己負担金免除の適用を受けたいので申請します。
なお、申請にあたり私及び世帯員の課税状況照会を求めることに同意します。

●自己負担金免除申請者（受診希望者） 年 月 日

住所 〒 ー	電話番号 ー
舞鶴市	電話番号 ー
氏名 ㊞	生年月日 大・昭・平 年 月 日生

●受診を希望される検診に○印を記入してください

集団健診申込み分 ※別途申込みが必要	個別（医療機関）で受診したい検診については以下から選択				
	胃がん 内視鏡検診	大腸がん 検診	乳がん 検診	子宮頸がん 検診	歯周疾患 検診

●受診希望者以外が代理で申請される場合は、記入してください

代理人	住所	
	受診希望者との関係（ ）	電話番号
委任欄	この申請に関する一切の手続きを上記の人に委任します。 委任者氏名（受診希望者） 署名 ㊞	

●自己負担金免除通知書の送付先が、受診希望者の住所と異なる場合は記入してください

送付先	住所 〒 ー	電話番号
	宛名	受診希望者との関係（ ）

<処理欄> ※以下記入不要

申請受付方法	<input type="checkbox"/> 保セ窓口	<input type="checkbox"/> 郵送	受付日	年 月 日		
通知書交付方法	<input type="checkbox"/> 保セ窓口	<input type="checkbox"/> 郵送	交付日	年 月 日	交付者	

課・非・生・未（単／ ）