

※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。

●自己負担金免除申請者（受診希望者） 年 月 日

住所 〒 舞鶴市	電話番号
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	舞鶴市			
	氏名		本人との関係		
	生年月日	大・昭・平 年 月 日生			
	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 _____ (印)				

<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	
課税状況確認結果	課・非・生・その他（ ）					