

クーポン

がん検診無料クーポン券再交付申請書

令和 年 月 日

みやこ町長 様

(申請者) 住 所 _____

氏 名 _____

生年月日 昭和・平成 年 月 日

電話番号 _____

下記のとおりがん検診無料クーポン券の再交付を申請します。

なお、紛失等により失ったがん検診無料クーポン券を発見したときは、そのクーポン券を直ちに返納することを誓約します。

また、クーポン券対象のがん検診を有効期限内に2回以上受診した場合は、2回目以降の受診費用は、全額自己負担することを承諾します。

記

再発行を受ける者 (申請者と異なる 場合のみ記入)	氏名				申請者との続柄	
	住所	みやこ町				
	生年月日	昭和・平成 年 月 日				
再発行するクーポンの種類 (該当するものに○)						
乳がん				子宮頸がん		

※以下は記入しないでください。(担当課で記入)

【本人確認書類】(※確認した書類を○で囲む。)

① 1種類で確認 (顔写真付きの本人確認書類を持っている場合)

免許証 マイナンバーカード (通知カード不可) パスポート その他 ()

② 2種類で確認 (顔写真付きの本人確認書類を持っていない場合)

健康保険証 年金手帳 介護保険証 その他 ()