

(第3号様式)

### 無料健康診査確認書交付申請書 兼 委任状

久留米市長 あて

代理人(窓口に来られた方)

申請日: 令和 年 月 日

所在地	職種・氏名
施設名	電話番号

市民税非課税世帯のため、下記のとおり無料健康診査確認書の交付を申請します。  
 また、申請にあたっては、市民税情報閲覧に同意します。  
 無料健康診査確認書の交付申請及び受領について、上記の方に委任します。

がん検診等を受ける方		検診等項目 ※チェック☑をしてください。
氏名 ⑩ 年 月 日生	大正・昭和・平成	<input type="checkbox"/> 生活 <input type="checkbox"/> 肺・結核 <input type="checkbox"/> 大腸 <input type="checkbox"/> 胃 <input type="checkbox"/> 子宮
住所 久留米市		<input type="checkbox"/> 乳 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 胃リ <input type="checkbox"/> 骨 <input type="checkbox"/> 歯
氏名 ⑩ 年 月 日生	大正・昭和・平成	<input type="checkbox"/> 生活 <input type="checkbox"/> 肺・結核 <input type="checkbox"/> 大腸 <input type="checkbox"/> 胃 <input type="checkbox"/> 子宮
住所 久留米市		<input type="checkbox"/> 乳 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 胃リ <input type="checkbox"/> 骨 <input type="checkbox"/> 歯
氏名 ⑩ 年 月 日生	大正・昭和・平成	<input type="checkbox"/> 生活 <input type="checkbox"/> 肺・結核 <input type="checkbox"/> 大腸 <input type="checkbox"/> 胃 <input type="checkbox"/> 子宮
住所 久留米市		<input type="checkbox"/> 乳 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 胃リ <input type="checkbox"/> 骨 <input type="checkbox"/> 歯
氏名 ⑩ 年 月 日生	大正・昭和・平成	<input type="checkbox"/> 生活 <input type="checkbox"/> 肺・結核 <input type="checkbox"/> 大腸 <input type="checkbox"/> 胃 <input type="checkbox"/> 子宮
住所 久留米市		<input type="checkbox"/> 乳 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 胃リ <input type="checkbox"/> 骨 <input type="checkbox"/> 歯
氏名 ⑩ 年 月 日生	大正・昭和・平成	<input type="checkbox"/> 生活 <input type="checkbox"/> 肺・結核 <input type="checkbox"/> 大腸 <input type="checkbox"/> 胃 <input type="checkbox"/> 子宮
住所 久留米市		<input type="checkbox"/> 乳 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 胃リ <input type="checkbox"/> 骨 <input type="checkbox"/> 歯
氏名 ⑩ 年 月 日生	大正・昭和・平成	<input type="checkbox"/> 生活 <input type="checkbox"/> 肺・結核 <input type="checkbox"/> 大腸 <input type="checkbox"/> 胃 <input type="checkbox"/> 子宮
住所 久留米市		<input type="checkbox"/> 乳 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 胃リ <input type="checkbox"/> 骨 <input type="checkbox"/> 歯

生活：生活習慣病予防健診 胃：胃がん検診 胃リ：胃がんリスク検査 子宮：子宮頸がん検診  
 乳：乳がん検診 大腸：大腸がん検診 前立腺：前立腺がん検診 肺・結核：肺がん・結核検診  
 骨：骨粗しょう症検診 歯：歯周病検診

#### 市記入欄

確認書類 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 公的機関の交付する手帳 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他 ( )	
市民センター受付 <input type="checkbox"/> 耳納 <input type="checkbox"/> 千歳 <input type="checkbox"/> 高牟礼 <input type="checkbox"/> 筑邦	受付者 健康推進課処理欄 発送日: 月 日 確認者:
保健所・保健センター受付 <input type="checkbox"/> 健康推進課 <input type="checkbox"/> 田主丸 <input type="checkbox"/> 北野 <input type="checkbox"/> 城島 <input type="checkbox"/> 三潞 <input type="checkbox"/> 南部	受付者 発行枚数 枚