

(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<br>※チェック☑をしてください。  |
|-------------------|----------|--|
| 氏名<br>⑩<br>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<br>⑩<br>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<br>⑩<br>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<br>⑩<br>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<br>⑩<br>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<br>⑩<br>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<br><input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 資格確認書 <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<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |     |                           |  |
| 市民センター受付<br><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<br>発送日: 月 日 確認者: |  |
| 保健所・保健センター受付<br><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                    |  |