

※免除証明書が必要な、ご本人または同世帯宛てに送付する場合

No.

記入例①
(本人宛て)

受診料（自己負担金）免除証明願

(宛先) 津 島 市 長

住 所 津島市〇〇町〇〇番地

氏 名 津島 太郎

電話番号 090-1234-5678

続 柄 (本人)

免除証明書が必要な方、
ご本人のお名前をご記入ください。

下記検診等を受診するため、受診料（自己負担金）免除証明書の交付を願い出ます。
なお、この申請に基づき、関係機関において課税状況等の確認がなされることに同意します。

受診者住所	津島市 町	<input checked="" type="checkbox"/> 同上
受診者氏名		<input checked="" type="checkbox"/> 同上
生年月日	大 昭 平 25 年 6 月 7 日	電話 <input checked="" type="checkbox"/> 同上

ご希望の検診に○をつけてください。

記
診

※受診可能な検診については
「がん検診等受診券」でご確認ください。

骨粗鬆症検診（集団） ※該当年齢の女性のみ		肝炎ウイルス検診	※クーポン要件確認	有効期間 申請日 検診期間
胃がん検診		肺がん検診		
胃がんリスク検診		大腸がん検診		
子宮がん検診 ※女性、2年に1回の受診	※クーポン要件確認	前立腺がん検診 ※男性、3年に1回の受診	※クーポン要件確認	
乳がん検診 ※女性、2年に1回の受診	※クーポン要件確認	眼科検診 ※3年に1回の受診	※クーポン要件確認	
歯科健診	※クーポン要件確認	健康増進法による健康診査 ※生活保護世帯の方のみ	※OCR受診券発行	

※受診する検診等について、「受診」欄に○印を記入してください。

委任欄 私は、記入者を代理人と定め、本件に係る一切の権限を委任いたします。

委任者 住所 _____

氏名 _____ (印)

備考	郵送 : 発行日 (/) 発送日 (/)
本人確認	マイナンバーカード ・ 免許証 ・ 保険証 ・ 診察券 ・ その他 ()

※骨粗しょう症検診の場合は、広報で日時を確認後に申込みが必要な旨伝えること。

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。

No. _____

受診料 (自己負担金) 免除証明願

(宛先) 津 島 市 長

住 所 津島市〇〇町〇〇番地

氏 名 津島 花子

電話番号 090-1234-5678

続 柄 (子)

免除証明書が必要な方と世帯が異なる場合は、送付する方の住所・お名前をご記入ください。

下記検診等を受診するため、受診料 (自己負担金) 免除証明書の交付を願い出ます。
なお、この申請に基づき、関係機関において課税状況等の確認がなされることに同意します。

受診者住所	津島市 △△町 △△番地	<input type="checkbox"/> 同上
受診者氏名	津島 太郎	<input type="checkbox"/> 同上
生年月日	大 (昭) 平 25 年 6 月 7 日	電話 〇〇-〇〇〇〇 <input type="checkbox"/> 同上

ご希望の検診に○をつけてください。

記
診

※受診可能な検診については「がん検診等受診券」でご確認ください。

骨粗鬆症検診 (集団) ※該当年齢の女性のみ		肝炎ウイルス検診	※クーポン要件確認	有効期間 申請日 ↓ 検診期間
胃がん検診		肺がん検診		
胃がんリスク検診		大腸がん検診		
子宮がん検診 ※女性、2年に1回の受診	※クーポン要件確認	前立腺がん検診 ※男性、3年に1回の受診	※クーポン要件確認	
乳がん検診 ※女性、2年に1回の受診	※クーポン要件確認	眼科検診 ※3年に1回の受診	※クーポン要件確認	
歯科健診	※クーポン要件確認	健康増進法による健康診査 ※生活保護世帯の方のみ	※OCR受診券発行	

※受診する検診等について、「受診」欄に○印を記入してください。

委任欄 私は、記入者を代理人と定め、本件に係る一切の権限を委任いたします。

委任者 住所 津島市〇〇町〇〇番地

氏名 津島 太郎

津島

免除証明書が必要な方、ご本人様の住所・氏名を自署・押印してください。

注 住所が同じであっても、別世帯の場合は委任欄の記入が必要です

) 発送日 (/)

本人確認 マイナンバーカード ・ 免許証 ・ 保険証 ・ 診察券 ・ その他

()

※骨粗しょう症検診の場合は、広報で日時を確認後に申込みが必要な旨伝えること。

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。