

令和8年度香芝市歯周病検診受診券 再発行申請書

香芝市長 様

申請日：令和 年 月 日

(申請者)

フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日
住 所		電話番号	
検診対象者 との関係	☐ 本人 ☐ 同一世帯（続柄： ） ☐ その他代理人 ※委任状が必要です。		

(検診対象者：検診を受けるかた) 申請者が検診対象者本人でない場合は、記入してください。

フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日
住 所	☐ 申請者と同じ	電話番号	

発行理由 (該当するものに○をつける)	紛 失	☐ 以前の受診券が見つかった場合は、以前の受診券を使用しないことを約束します。
	転 入	転入前の市町村名 () ※転入前の市町村で歯周病検診受診済みの場合は対象外です。
	その他	

※マイナンバーカード・運転免許証等の本人確認書類（コピー）を同封してください。

＜再発行に係る注意事項＞

歯周病検診は年度中に一回限りの受診となります。年度内に2回以上受診された場合、検診費用全額を後日お支払いいただくことになりますのでご注意下さい。

職員記入欄	
受付日	令和 年 月 日
交付年月日	令和 年 月 日
身分確認	☐ マイナ保険証 ☐ 運転免許証(運転経歴証明書) ☐ 身体障害者手帳 ☐ 資格確認書 ☐ その他 ()
接種履歴 (今年度)	受診歴なし ・ 受診歴あり非該当 ☐ 個別歯周病検診

受付者	担当者	所属長