健康診査等受診券交付及び送付先変更申請書（代理人申請用）

年 月 日

対象者の住民登録の住所以外に送付する必要があるため、下記のとおり申請します。

対 象 者 氏 名	フリガナ	性別	男
			女
生 年 月 日	年 月 日		
住 民 登 録 の あ る 住 所	〒 - 港区		
申 請 者 住 所 氏 名	〒 - 住所		
	氏名 (続柄:)		
	連絡先 (電話番号・メール)		
送 付 先 変 更 の 理 由	居所が住所とは別にあるため 一時的に転居しているため 対象者が受診券の管理が困難なため その他 ()		
希 望 す る 受 診 券	がん検診・健康診査等 お口の健診・口腔がん検診 (口腔がん検診は40歳以上) 対象の受診券すべて		
送 付 先 (方書を必ずご記入ください)	〒 -		
次 回 の 送 付 先 に つ い て	次回以降も上記送付先住所に送付を希望 (解除するには解除届の提出が必要です) 今回のみ上記送付先住所に送付を希望 (毎回申請が必要です)		

※対象者及び申請者の本人確認書類 (住所が確認できる書類) の写しを添付してください。

事 務 処 理 欄	受付	発行	封入	確認	送付日	受 理
	備考					