

胃内視鏡検診対象者証明書交付申請書

令和 年 月 日

四條畷市長 宛

申請者 氏名 ふりがな _____
住所 _____
受診者との続柄 ☐本人 ☐同居の家族
☐その他 ()

下記のとおり対象者証明書の発行を申請します。

受診される方	氏名	☐ 申請者と同じ	
	住所	☐ 申請者と同じ	
	生年月日	平成・昭和 年 月 日 (満 歳)	
電話番号		()	
無料受診券申請	☐ なし ☐ あり →	☐身体障害者手帳1・2級 ☐精神保健福祉手帳1級 ☐療育手帳A ☐生活保護世帯	

- <注意事項>下記について確認・同意の上、☒ をお願いします。
- ☐受診は医療機関での個別検診のみ可能です。
- ☐自覚症状のある方はがん検診の対象ではありません。(早いうちに、医師の診察を受けてください)
- ☐年度内に重複して受診された場合は、全額実費負担となります。
- ☐次年度以降は、以下の検診間隔となります。

	次年度 (令和8年度)	令和9年度	令和10年度
胃エックス線検診 (バリウム)	受診できない	受診可能	どちらか選択して 受診可能
胃内視鏡検診	受診できない	受診できない	

【受付記入欄】

受診歴 (前年度に受診歴がある人は対象外)	☐ 内視鏡検診 (年 月 日)
本人確認	☐ 済 (☐ 運転免許証 ☐ 保険証 ☐ マイナンバーカード) ※代理人が申請する場合は、代理人の本人確認書類も確認
交付方法	☐ 窓口 ☐ 郵送(年 月 日)