

子

受診履歴確認証明書

氏名	
生年月日	
住所	

対応者確認を必ずして下さい。

【医療機関記載欄】

健康推進課へ「昨年度及び今年度受診歴がないこと」を確認しました。

確認年月日
年 月 日
健康推進課対応者 _____

検診実施医療機関名
担当者名 _____

重複受診の場合、検診料全額（7,701円）を受診者の方に負担していただくこととなりますので、必ず受診歴の確認をお願いします。

子

受診履歴確認証明書

氏名	
生年月日	
住所	

対応者確認を必ずして下さい。

【医療機関記載欄】

健康推進課へ「昨年度及び今年度受診歴がないこと」を確認しました。

確認年月日
年 月 日
健康推進課対応者 _____

検診実施医療機関名
担当者名 _____

重複受診の場合、検診料全額（7,701円）を受診者の方に負担していただくこととなりますので、必ず受診歴の確認をお願いします。

子

受診履歴確認証明書

氏名	
生年月日	
住所	

対応者確認を必ずして下さい。

【医療機関記載欄】

健康推進課へ「昨年度及び今年度受診歴がないこと」を確認しました。

確認年月日
年 月 日
健康推進課対応者 _____

検診実施医療機関名
担当者名 _____

重複受診の場合、検診料全額（7,701円）を受診者の方に負担していただくこととなりますので、必ず受診歴の確認をお願いします。

子

受診履歴確認証明書

氏名	
生年月日	
住所	

対応者確認を必ずして下さい。

【医療機関記載欄】

健康推進課へ「昨年度及び今年度受診歴がないこと」を確認しました。

確認年月日
年 月 日
健康推進課対応者 _____

検診実施医療機関名
担当者名 _____

重複受診の場合、検診料全額（7,701円）を受診者の方に負担していただくこととなりますので、必ず受診歴の確認をお願いします。