

子

受診履歴確認証明書

氏名	
生年月日	
住所	
クーポン対象 (20歳・21歳)	<input type="checkbox"/> 健康推進課へ対象確認済 ※対象の場合、チェックを入れてください。

資格確認番号を
必ず記入して下
さい。

[※以下、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 資格確認番号 _____
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（7,757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	
クーポン対象 (20歳・21歳)	<input type="checkbox"/> 健康推進課へ対象確認済 ※対象の場合、チェックを入れてください。

資格確認番号を
必ず記入して下
さい。

[※以下、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 資格確認番号 _____
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（7,757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	
クーポン対象 (20歳・21歳)	<input type="checkbox"/> 健康推進課へ対象確認済 ※対象の場合、チェックを入れてください。

資格確認番号を
必ず記入して下
さい。

[※以下、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 資格確認番号 _____
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（7,757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	
クーポン対象 (20歳・21歳)	<input type="checkbox"/> 健康推進課へ対象確認済 ※対象の場合、チェックを入れてください。

資格確認番号を
必ず記入して下
さい。

[※以下、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 資格確認番号 _____
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（7,757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。