

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)	☐ 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。

対応者確認
を必ずして
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
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（7,757 円）を受診者
の方に負担していただくことになりますので、
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)	☐ 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。

対応者確認
を必ずして
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
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（7,757 円）を受診者
の方に負担していただくことになりますので、
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)	☐ 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。

対応者確認
を必ずして
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
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（7,757 円）を受診者
の方に負担していただくことになりますので、
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)	☐ 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。

対応者確認
を必ずして
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
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（7,757 円）を受診者
の方に負担していただくことになりますので、
必ず受診歴の確認をお願いします。