

受診履歴確認証明書

氏 名	
生年月日	
住 所	
クーポン対象	□健康推進課へ対象確認済
(20 歳・21 歳)	※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「<u>昨年度及び今年度</u> 受診歴がないこと」を確認しました。

確認年月日				
年	月	日		
	(油)	康推進課業	计广老	
	Æ)	冰1巴匹休/	1) NO 78 _	
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	□健康推進課へ対象確認済
(20 歳・21 歳)	※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「<u>昨年度及び今年度</u> <u>受診歴</u>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。



受診履歴確認証明書

氏 名	
生年月日	
住 所	
クーポン対象	□健康推進課へ対象確認済
(20歳・21歳)	※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「<u>昨年度及び今年度</u> 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	幾関名			
	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

氏 名	
生年月日	
住 所	
クーポン対象	□健康推進課へ対象確認済
(20歳・21歳)	※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「<u>昨年度及び今年度</u> <u>受診歴</u>がないこと」を確認しました。

確認年月日				
年	月	日		
	健	康推進	性課対応者	
検診実施医療	機関名	ı		
	担	!当者名	, i	

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。