

柏市成人検（健）診受診券送付先変更申請書

年 月 日

柏市長 あて

柏市成人検（健）診受診券について、下記の理由により柏市の住民票登録地での受け取りが困難であるため、送付先変更の申請をします。

なお、この送付先変更に関する事項は、受診者並びに送付先へ説明済みであり、生じた問題に対する責任は、申請者である私が負うことに同意します。

申請者	(ふりがな)		生年月日	年 月 日
	氏名 (自署)		受診者との 関係	
	住所	(〒 -)		
	日中連絡先	— —		
申請理由	1 病院・施設等への入院・入所など 2 柏市の住民票登録地外に居住している 3 その他 ()			

受診者	<input type="checkbox"/>	申請者と同じ（受診者が申請者と同じである場合は <input checked="" type="checkbox"/> をし、下記の記入は不要です）		
	(ふりがな)		生年月日	年 月 日
	氏名			
	住所	(〒 -) 柏市 ※住民票のある住所を記載してください		
	日中連絡先	— —		

送付先	(〒 -) ※宛名は、受診者名となります
添付書類	<input type="checkbox"/> 受診者及び申請者の本人確認書類の写し (運転免許証, マイナンバーカード, 健康保険証 等)

※柏市成人検（健）診の受診は、柏市指定医療機関のみとなります。