

同意書

(がん検診等・生活習慣病健診)

私は、本日 がん検診等・生活習慣病健診費用の助成を受けるにあたり、診療依頼証を提示出来ませんでしたので、健康推進課からひと・くらし支援課に生活保護受給状況について照会することについて同意します。

令和 年 月 日

別府市健康推進課 あて

住所：別府市 _____

(ふ り が な)

自署： _____ (男・女)

生年月日： 年 月 日

子宮頸がん検診・乳がん検診無料クーポン券不提示に係る誓約書

別府市が実施する【☐ 子宮頸がん検診 ・ ☐ 乳がん検診】の受診に際し、無料クーポン券の【☐ 紛失 ・ ☐ 未持参 ・ ☐ 未交付】のため、無料クーポン券を医療機関に提示することができませんので、下記のとおり誓約し、受診いたします。

記

- 1 私は、次の無料クーポン券交付対象者の要件を満たします。
【令和 8 年度 子宮頸がん検診・乳がん検診無料クーポン券交付対象者】
- | 種別 | 住民票 | 生年月日 |
|---------|-----------------------|--|
| 子宮頸がん検診 | 検診受診日に別府市に
住民票を有する | 平成 1 7 年（2005 年） 4 月 2 日～
平成 1 8 年（2006 年） 4 月 1 日生 |
| 乳がん検診 | | 昭和 6 0 年（1985 年） 4 月 2 日～
昭和 6 1 年（1986 年） 4 月 1 日生 |
- 2 この誓約書の提出をもって、無料クーポン券の利用に代えます。
- 3 今回の受診後、未使用の無料クーポン券を使用して市の検診を受診した場合、その検診費用相当額を別府市へ返還いたします。

別府市長あて
令和 年 月 日

住所	
氏名	
生年月日	
電話番号	

※検診実施機関記入
検診実施機関名：

クーポン券整理番号	
-----------	--