

ここに点線で切れ込みを入れる



市区町村番号 1234567 受診券番号 1-00000

氏名 検診花子
生年月日 昭和63年10月3日
住所 〒100-8916 千代田区霞ヶ関 1-2-2

【問い合わせ先】
03-0000-0000
〇〇〇〇相談窓口

【検診機関の方へ】
●このクーポン券を受け取った日から〇日以内に発券もとの市町村に本券を検診関係の書類と一緒に郵送してください。
●この検診券を使用する場合は、保険証や身分証明書等で必ず本人確認を行ってください。
平成〇〇年〇〇月〇〇日
検診機関名
住 所
代 表 者
本クーポン券使用に関する問合せのほか、紛失された場合は必ずご連絡ください。

【受診者の方へ】
●1度使用されたクーポン券は使用できません。
●このクーポン券が、盗難・紛失または滅失された場合はすぐに問合せ先へ連絡してください。
再発行を希望される方は、有効期限内であれば再発行します。
●このクーポン券の売買、第三者への譲渡はできません。
●このクーポン券に記載された内容が修正された場合は、使用はできません。
【受診確認および請求書】
このクーポン券の対象者が、検診を受診された、検診費用の請求をします。