

肝炎ウイルス検診問診票交付申請書（該当者・未受診者用）

令和 年 月 日

太枠の中を記入してください。

【医療保険】 国民健康保険・社会保険・健康保険組合・共済組合・生活保護・その他

氏名	生年月日	昭和 年 月 日
住所 国立市	電話番号	

（国立市使用欄）
4月～12月生まれ

※以下の生年月日に含まれる方のみが対象です
1月～3月生まれ
対象年度

本人確認書類

※S7生まれ以前は、希望により可→（未受診者用）

S 7、 12、 17、 22、 27、 32、 37	S 8、 13、 18、 23、 28、 33、 38	平成14年度（紙＋システム）
S 8、 13、 18、 23、 28、 33、 38	S 9、 14、 19、 24、 29、 34、 39	平成15年度（システム）
S 9、 14、 19、 24、 29、 34、 39	S 10、 15、 20、 25、 30、 35、 40	平成16年度
S 10、 15、 20、 25、 30、 35、 40	S 11、 16、 21、 26、 31、 36、 41	平成17年度
S 11、 16、 21、 26、 31、 36、 41	S 12、 17、 22、 27、 32、 37、 42	平成18年度
S 42	S 43	平成19年度
S 43	S 44	平成20年度
S 44	S 45	平成21年度
S 45	S 46	平成22年度
S 46	S 47	平成23年度
S 47	S 48	平成24年度
S 48	S 49	平成25年度
S 49	S 50	平成26年度
S 50	S 51	平成27年度
S 51	S 52	平成28年度
S 52	S 53	平成29年度
S 53	S 54	平成30年度
S 54	S 55	令和元年度
S 55	S 56	令和2年度（国保）

保険・介護・免許
・その他（ ）

交付担当
（ ）

レモン色の問診票

← サーマン色の問診票
送付済又は予定

S 55	S 56	令和2年度（社保・生保等の方）
------	------	-----------------

← オレンジ色の問診票
※ 医療機関にあり