

姫路市糖尿病重症化予防歯科検診受診券発行申請書

(フリガナ)		生年月日	
氏名		年	月 日 (歳)
住所	姫路市 電話 () -		
医療保険	1 : 協会けんぽ 2 : 健保組合 3 : 共済組合 4 : 国民健康保険 5 : 後期高齢 6 : 生活保護 7 : その他 ()		
直近の 血液検査 ※1年以内に限る	実施日	年	月 日
	HbA1c (ヘモグロビンエーワンシー)の値		
	□直近1年以内のHbA1c値 (8.0以上) が確認できる書類を裏面に添付してください。		

上記のとおり糖尿病重症化予防歯科検診受診券発行を申請します。

年 月 日



(あて先)
姫路市長

申請者氏名

(続柄)

..... 下記は受付窓口記入欄

受付	健管番号			
	受付確認事項	□直近1年以内の血液検査で HbA1c の値が 8.0 以上 □上記値が記載された検査結果 (コピー) を裏面に貼り付け		
	受付者	担当 :	(受付場所 :)	

発行	交付番号				
	発行日	年	月 日	送付日	年

※直近1年以内のHbA1c値(8.0以上)が確認できる書類の添付