

風しんの抗体検査および予防接種クーポン券 再交付申請書

◎記入もしくは該当する□に✓を記入してください。

再交付を受ける対象者	氏名	
	住所	郡上市
	生年月日 性別	昭和 年 月 日生 性別（ 男 ）
	電話番号	※昼間、対象者本人に連絡ができる番号を記入してください
再交付を申請するクーポン券	風しんの抗体検査および予防接種の両方	
確認事項	<input type="checkbox"/> 郡上市に住民票がある <input type="checkbox"/> 昭和 37 年 4 月 2 日から昭和 54 年 4 月 1 日までの間に生まれた男性である <input type="checkbox"/> 令和元年 7 月以降に、クーポン券による風しん抗体検査および予防接種を受けていない ※上記全てに <input checked="" type="checkbox"/> が記された人がクーポン券の再交付対象となります。	

※再交付には、10 日程度かかります。再交付されたクーポン券は住所地に郵送されます。

私は、風しんの抗体検査および予防接種クーポン券を紛失したため、再交付を申請します。なお、紛失した受診券が発見された場合は、速やかに破棄します。

万が一、令和 7 年 3 月 31 日までの間に、クーポン券による風しん抗体検査または予防接種を 2 回以上受診した場合、2 回目以降の抗体検査および予防接種にかかる費用は、全額本人負担とすることに同意します。

令和 年 月 日

署名

(本人以外の場合：続柄)

※市記入欄

【受付窓口チェック欄】 ※記入後、やまつつじ健康課へ送付
 地域： 対応者：

【健康課チェック欄】 対応者：
 再発行対象者確認 () 「健かるて」に風しん抗体検査歴がない
 () 「健かるて」に風しん予防接種歴がない
 () 確認事項 3 項目すべてに ✓ がある

宛名番号： 発券番号： 再交付日：令和 年 月 日