

新潟市各種検診無料受診券交付申請書(市民税非課税世帯用)

(あて先)新潟市長

年 月 日

新潟市各種検診を受診するにあたり、下記のとおり無料受診券の交付を申請します。

申請者 (受診者)	フリガナ	生年月日	昭和・平成・西暦 年 月 日	
	氏名	年齢	※受診券に記載の年齢を (歳) 記入してください	
住所	(〒 -)新潟市 区		【日中の連絡先】	
			TEL - -	携帯 - -
無料受診券の 交付を希望 する検診に☑ (無料券が 必要な年齢)	☐受診できる全ての検診(下段のチェック☑は不要。職場等で受診機会のある検診には☒を記入。)			
	☐特定健康診査 (40～59歳)※国保加入者のみ	☐胃がん検診 (41～69歳)	☐大腸がん検診 (41～69歳)	☐乳がん検診 (41～69歳)
	☐前立腺がん検診 (50・55・60・65歳)	☐ピロリ菌検査 (40歳)	☐成人歯科健診 (40・50歳)	
受診予定日	月 日 ※最初に受診する検診の予定日をご記入ください。 申請日から2週間以上あけた日付をご記入ください。			
同意確認	各種検診無料受診券交付に係る審査のため、市が申請者及び同一世帯員の住民基本台帳・課税状況を確認することに同意します。なお、以上の内容については、世帯員名簿に記載した者の承諾を得ています。			
	申請者 氏名	_____		
	(代理人が申請する場合) 私は、次の者を代理人と定め、無料受診券の交付申請及び受領の権限を委任します。			
代理人 住所	_____			
氏名	_____			
申請者との関係	日中の連絡先			
【世帯員名簿】 <u>住民登録上</u> で同一の世帯員全員の氏名をご記入ください。				
氏名	生年月日	住所	確認欄	
本人(申請者氏名に同じ)	申請者生年月日に同じ	申請者住所に同じ		
		申請者住所に同じ		
		申請者住所に同じ		
		申請者住所に同じ		
		申請者住所に同じ		
		申請者住所に同じ		
		申請者住所に同じ		

本人確認書類(申請者(受診者))
健康保険証
マイナンバーカード
資格確認書 (市国保・社保)

本人確認書類(代理人)
運転免許証 健康保険証
パスポート マイナンバーカード
その他 ()

受理日

受付場所

受付者

※コピーを郵送の場合は
個人番号や被保険者記号・番号を
マスキングしてください。