

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	
	氏名			年 月 日	年 月 日	
	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 <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 受診できる全ての検診(下段のチェック <input checked="" type="checkbox"/> は不要。職場等で受診機会のある検診には <input checked="" type="checkbox"/> を記入。)					
	<input type="checkbox"/> 特定健康診査 (40~59歳)※国保加入者のみ <input type="checkbox"/> 胃がん検診 (41~69歳) <input type="checkbox"/> 大腸がん検診 (41~69歳) <input type="checkbox"/> 乳がん検診 (41~69歳) <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診 (21~69歳) <input type="checkbox"/> 前立腺がん検診 (50・55・60・65歳) <input type="checkbox"/> ピロリ菌検査 (40歳) <input type="checkbox"/> 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。