

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	(歳) ※受診券に記載の年齢を記入してください
	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) ☐ 子宮頸がん検診(21～69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)) ☐ 運転免許証 ☐ マイナンバーカード ☐ 資格確認書 ☐ パスポート ☐ その他()	本人確認書類(代理人) ☐ 運転免許証 ☐ マイナンバーカード ☐ 資格確認書 ☐ パスポート ☐ 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。