

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

令和3年 4月 10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。

① 申請者(受診者) フリガナ ニイガタ タロウ 氏名 新潟 太郎 生年月日 昭和・平成・西暦 40年4月1日 年齢 (56歳) ※昭和44年3月31日時点の年齢を記入してください

住所 (〒950-0914)新潟市〇〇区 〇〇町〇-〇-〇 新潟マンション〇〇号 【日中の連絡先】 TEL. 025-226-0000 携帯 090-0000-0000

② 無料受診券の交付を希望する検診に 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) ビロリ菌検査(40・56歳) 成人歯科健診(40・50歳)

③ 受診予定日 4月25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。

④ 申請者 氏名 新潟 太郎

⑤ 代理人(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。 住所 新潟市〇区△△町△-△ 氏名 万代 幸子 申請者との関係 叔母 日中の連絡先 090-0000-0000

⑥ 【世帯員名簿】住民登録上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	
新潟 花子	1965.5.1	申請者住所に同じ	
新潟 一郎	1990.7.1	申請者住所に同じ	
柳都 松子	昭和13年6月1日	申請者住所に同じ	
柳都 竹夫	昭和14年4月1日	申請者住所に同じ	
		申請者住所に同じ	
		申請者住所に同じ	

①氏名・生年月日・住所・日中の連絡先をご記入ください。

- ・申請者(無料受診券が必要な人)のことについてご記入ください。
- ・日中の連絡先には必ず連絡が取れる電話番号をご記入ください。
- ! 申請書の内容について確認が必要な際に連絡が取れないと、無料券の交付ができないことがあります。

②無料受診券の交付を希望する検診にチェック✓を入れてください。

- ・あらかじめ対家の検診をご確認ください。対家外の場合は交付できません。
- ・「受診できる全ての検診」にチェックした場合、職場等で受診機会のある検診には×を記入してください。(記載例は職場で特定健診の受診機会がある場合の例。)

③受診予定日(複数受診する場合は最初の1つ)をご記入ください。

- ・無料受診券の交付まで約2週間かかります。
- ・かならず受診予定日の2週間前までに申請するようお願いします。

④申請者名(受診者本人の氏名)を記入してください。

⑤代理人が申請する場合は、代理人の情報をご記入ください。

- ・本人や同居親族が申請する場合は記入は不要です。
- ・法人が申請する場合は法人の情報を記入してください。

⑥住民票で同一世帯となる世帯員全員の名前をご記入ください。

- ・同居でも別世帯であれば記入の必要はありません。
- ・生年月日は西暦・和暦どちらでも記入できます。

本人確認書類 健康保険証(市国保・社保) ※郵送の場合は被保険者記号・番号をマスキング その他 ()

受理日 _____
 受付場所 _____
 受付者 _____