

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) ※令和4年3月31日時点 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・56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。			
<p><同意確認></p> <p>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。</p>				
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

- ☐健康保険証(市国保・社保本人・社保家族)
☐その他 ()

※コピーを郵送の場合は
被保険者記号・番号を
マスキングしてください。

受理日 _____

受付場所 _____

受付者 _____

--	--	--	--	--	--	--	--