

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5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	フリガナ	ニイガタ タロウ		生年月日	昭和・平成・西暦 40年4月1日
	氏名	新潟 太郎		年齢	(56歳) ※受診券に記載の年齢を記入してください
②	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	
	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)	<input checked="" type="checkbox"/> 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。) <input checked="" 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"/> ビロリ菌検査(40歳) <input type="checkbox"/> 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	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。			
⑤	申請者	氏名 新潟 太郎			
	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			

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)の事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。

- ・あらかじめ対象の検診をご確認ください。対象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いたします。

④申請者名(受診者本人の氏名)をご記入ください。

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ご記入ください。

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。

<注意>

令和5年1月1日時点で新潟市に住民票がなかった方は、新潟市で課税情報を確認できないため無料券を交付できません。課税情報の確認のため、1月1日時点で住民票があった市町村の課税証明書を提出してください。

本人確認書類(申請者(受診者)) <input type="checkbox"/> 健康保険証 (市国保・社保本人・社保家族) <input type="checkbox"/> その他 ()	本人確認書類(代理人) <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 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。