

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	※受診券に記載の年齢を (歳) 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 <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。)		
(無料券が必要な年齢)		<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
(市国保・社保本人・社保家族)

その他 ()

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。