

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。

①

申請者(受診者)

フリガナ
氏名
住所

ニイガタ タロウ
新潟 太郎
(〒 950 - 0914)新潟市 ○○ 区
○○町○-○-○ 新潟マンション○○号

生年月日
年齢

昭和・平成・西暦
40 年 4 月 1 日
(56 歳) ※受診券に記載の年齢を記入してください

②

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)

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

申請者

氏名

新潟 太郎

⑤

(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○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>

1月1日時点で新潟市に住民票がなかった方は、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))
☐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。