別記様式第3号

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）	ﾌﾘｶﾞﾅ		生年月日	昭和・平成・西暦 年　　月　　日
	氏名		年齢	（　　歳）※受診券に記載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。
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】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	
		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））
□ 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。