

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)

(宛先)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	
	氏名		年月日	年 月 日 (歳)	
	住所	(〒 -)新潟市 区	【日中の連絡先】 TEL - - 携帯 - -		
受診する 検診に☑	<input type="checkbox"/> 特定健康診査 <input type="checkbox"/> 肺がん喀痰検査 <input type="checkbox"/> 胃がん検診 <input type="checkbox"/> 大腸がん検診 <input type="checkbox"/> 乳がん検診 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診 <input type="checkbox"/> 前立腺がん検診 <input type="checkbox"/> ピロリ菌検査 <input type="checkbox"/> 成人歯科健診				
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 _____ (印) ※記名押印又は自筆による署名。				
(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 _____ (印) 申請者との関係 _____ ※記名押印又は自筆による署名。 法人の場合は代表者印を押印すること。 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
				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 その他()

受理日

受付場所