

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6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	申請者(受診者)	フリガナ ニイガタ タロウ	生年月日 昭和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 ○○ 区 ○○町○-○-○ 新潟マンション○○号		
	【日中の連絡先】	TEL 025 - 226 - 0000	携帯 090 - 0000 - 0000	
③	無料受診券の交付を希望する検診に☑	<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)		
	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。		
	申請者	氏名 新潟 太郎		
⑤	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○区△△町△-△		
⑥	氏名	氏名 万代 幸子	申請者との関係 叔母	
	住所	住所 新潟市○区△△町△-△	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>
 令和6年1月1日時点で新潟市に住民票がなかった方は、無料券を交付できません。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 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 資格確認書 (市国保・社保)	本人確認書類(代理人) <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード	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