令和　　年　　月　　日

四万十市長　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **申請者(健診を受ける方)** | 氏名 |  |
|  | 住所 | 四万十市 |
|  | 生年月日 | 大・昭・平　　　　年　　　　月　　　　日 |
|  | 電話番号 | ―　　　　　　― |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **代理人(窓口に来た方)** | 氏名 |  |
|  | 住所 |  |
|  | 電話番号 | ―　　　　　　― |

※同一世帯員以外の方は裏面の委任状が必要です。

**特定健診・健康診査受診券交付申請書**

次の事項を確認（※該当する□に レ を記入）し、受診券の交付を申請します。

**１　確認事項（交付できない場合がありますので、必ずお読みください。）**

|  |
| --- |
| **□** **今年度４月１日以降、市の特定健診・健康診査を受診していません。**  **□ 年度内に当市の特定健診・健康診査を重複して受診した場合は、健診費用の**  **実費を負担することに同意します** |

**２　保険証の種類**

**□**国民健康保険　　　**□**後期高齢者医療保険　　　**□**その他（　　　　　　　　　）

**３　受診券交付区分**

**□** 新規交付　　　**□** 再交付

**４　受診券交付理由**

**□**医療機関で受診　　　**□**年度途中の加入　　　**□**紛失　　　**□**その他（　　　　　　　）

※市の記入欄

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 本人確認書類 | □保険証　□運転免許証　□マイナンバー　□その他（　　　　　　　　　） | | | | |
| 被保険者番号 |  | 交付受診券  整理番号 |  | | |
| 受付場所  （電話の相手） | □窓口　□健診会場　□電話  ※電話先が代理人の場合、本人との関係や健診機関担当者名記入 | 受渡方法 | □窓口　□郵送　□健診機関  （交付日/発送日：　　　　　　） | | |
| （　　　　　　　　　　　　　　　） | 健康かるて  確認 | □ | 受付担当 |  |

本人以外が受診券を受け取る場合は委任状が必要です。　※同一世帯員は委任状不要

委任状

特定健診・健康診査受診券の申請に関する手続きを、下記のものに委任します。

（代理人氏名）

（委任者からみた関係：　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　（委任者）住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名