

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	<input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバー <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 健診会場 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 健診機関 (交付日/発送日：)
		健康かるて 確認	<input type="checkbox"/> 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

