

特定健診・後期健診・集団健診・人間ドック 〔受診券交付（新規・再）・結果再交付・キャンセル〕申請書

本人確認ができるものを提示してください。太枠のなかをご記入ください。

（宛先）秋田市長

●年 ●月 ●日

請求者 （窓口に来たかた）	住 所	秋田市山王〇丁目△番□号			
	電話番号	（日中連絡がつく電話番号） 〇 1 8 - 8 8 8 - 5 6 3 6			
	フリガナ	ケンシン タロウ		生 年 月 日	明治・大正・昭和・平成 △△年 〇〇月 〇〇日
	氏 名	健診 太郎			
対象者とのご関係		☒ 本人 ☐ 同居親族 ☐ 健診実施医療機関 ☐ その他（ ）			

対象者 （必要なかた）	住 所	（同居親族以外のかたが窓口での交付を希望する場合は委任状が必要です。） 同上							
	フリガナ			生 年 月 日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日				
	氏 名	同上							
	被保番 （任意）	※被保険者証番号（被保険者番号）を記載してください。（左詰め） 0 1 2 3 4 5 6							

特定健診課使用欄 【受付方法】 ☐ 電話 ☐ 窓口 ☐ 電子申請

本人 確 認	【1点で確認できるもの】	
	☐ 個人番号カード ☐ 運転免許証 ☐ パスポート ☐ 在留カード ☐ 身体障害者手帳 ☐ 精神障害者保健福祉手帳 ☐ 療育手帳 公的機関が発行した顔写真付き免許証など ☐ その他（ ）	
	【2点必要なもの】（「①と②を1つずつ」又は「①を2つ」）	
	①	☐ 介護保険被保険者証 ☐ 年金手帳 ☐ 年金証書 ☐ その他（ ）
	②	☐ 法人が発行した身分証明書 ☐ キャッシュカード ☐ クレジットカード ☐ 診察券 ☐ その他（ ）
☐ 【口頭確認】		

資 格 等 確 認	資 格	☐ 国保 ☐ 後期	券 種	☐ ～74（緑色） ☐ 75（水色） ☐ 76～（桃色）
	ドック当選	☐ あり ☐ なし	受診状況	☐ なし ※受診済みは交付不可
	送付先変更	☐ あり ☐ なし	支援措置	☐ 該当なし
	【支援措置該当者は、本人以外交付禁止。委任状を持参した代理人も交付不可。】			

課長	確認	作成	受付

特定健診・後期健診・集団健診・人間ドック 〔受診券交付（新規・再）・結果再交付・キャンセル〕申請書

本人確認ができるものを提示してください。太枠のなかをご記入ください。

（宛先）秋田市長

年 月 日

請求者 （窓口に来たかた）	住 所			
	電話番号	（日中連絡がつく電話番号）		
	フリガナ		生 年 月 日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日
	氏 名			
対象者とのご関係		☐ 本人 ☐ 同居親族 ☐ 健診実施医療機関 ☐ その他（ ）		

対象者 （必要なかた）	住 所	（同居親族以外のかたが窓口での交付を希望する場合は委任状が必要です。） 同上		
	フリガナ		生 年 月 日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日
	氏 名	同上		
	被保番 （任意）	※被保険者証番号（被保険者番号）を記載してください。（左詰め） 		

特定健診課使用欄 【受付方法】 ☐ 電話 ☐ 窓口 ☐ 電子申請

本人 確 認	【1点で確認できるもの】	
	☐ 個人番号カード ☐ 運転免許証 ☐ パスポート ☐ 住基カード（顔写真つき） ☐ 在留カード ☐ 身体障害者手帳 ☐ 精神障害者保健福祉手帳 ☐ 療育手帳 公的機関が発行した顔写真付き免許証など ☐ その他（ ）	
	【2点必要なもの】（「①と②を1つずつ」又は「①を2つ」）	
	①	☐ 介護保険被保険者証 ☐ 年金手帳 ☐ 年金証書 ☐ その他（ ）
	②	☐ 法人が発行した身分証明書 ☐ キャッシュカード ☐ クレジットカード ☐ 診察券 ☐ その他（ ）
☐ 【口頭確認】		

資 格 等 確 認	資 格	☐ 国保 ☐ 後期	券 種	☐ ～74（緑色） ☐ 75（水色） ☐ 76～（桃色）
	ドック当選	☐ あり ☐ なし	受診状況	☐ なし ※受診済みは交付不可
	送付先変更	☐ あり ☐ なし	支援措置	☐ 該当なし
	【支援措置該当者は、本人以外交付禁止。委任状を持参した代理人も交付不可。】			

課長	確認	作成	受付