特 定 健 康 診 査 ・ 健 康 診 査 ・ 人 間 ド ッ ク

｛ 受診券交付（再交付） ・ 資格確認 ・ 健診結果再交付 ｝ 申請書

運転免許証など、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	※ＦＡＸでの申請の場合、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　☐ＦＡＸ

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	☐ 健康保険被保険者証　☐ 介護保険被保険者証　☐ 年金手帳　☐ 年金証書　☐ 住基カード（顔写真なし） ☐ 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　☐ コインバス資格証明書 ☐ 診察券　☐ その他（　　）
	☐ 【口頭確認】	

資格等確認	資　格	☐ 国保　☐ 後期	被保番	
	受診券番号			
	券　種	☐ ～７４（緑色）　☐ ７５（水色）　☐ ７６～（桃色）		
	詳細項目(眼底)	☐ あり　☐ なし	受診状況	☐ なし　※診済みの場合は交付不可
	支援措置	☐ 該当なし　※住基を確認。該当者は、氏名の横に「調」の文字が黄色で点滅。		
		【 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でも交付不可 】		

課長	確認	作成	受付