

# 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

<b>請求者</b> <small>(窓口に来たかた)</small>	住所			
	電話番号	<small>(日中連絡がつく電話番号)</small>		
	フリガナ		生 年 月 日	明治・大正・昭和・平成
	氏名			年 月 日
対象者とのご関係		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同居親族 <input type="checkbox"/> 健診実施医療機関 <input type="checkbox"/> その他 ( )		

<b>対象者</b> <small>(必要なかた)</small>	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。)		
	フリガナ	(同上)		
	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)		
			生 年 月 日	明治・大正・昭和・平成
				年 月 日

特定健診課使用欄 【受付方法】  電話    窓口    電子申請

<b>本人確認</b>	【1点で確認できるもの】			
	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 運転経歴証明書 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳   公的機関が発行した顔写真付き免許証など <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 年金証書 <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 福祉医療受給者証 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	②	<input type="checkbox"/> 法人が発行した身分証明書 <input type="checkbox"/> キャッシュカード <input type="checkbox"/> クレジットカード <input type="checkbox"/> 診察券 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	<input type="checkbox"/> 【口頭確認】			

<b>資格等確認</b>	資格	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期	券種	<input type="checkbox"/> ~74 (緑色) <input type="checkbox"/> 75 (水色) <input type="checkbox"/> 76~ (桃色)
	ドック当選	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	受診状況	<input type="checkbox"/> なし   ※受診済みは交付不可
	送付先変更	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	支援措置	<input type="checkbox"/> 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