

住民健診結果再交付申請書

南魚沼市長 宛

申請日 令和 年 月 日

氏名 (受診者)		生年月日	大・昭・平 年 月 日
住所	〒 ー 南魚沼市 TEL () ー		
種類	<input type="checkbox"/> 基礎健診 <input type="checkbox"/> 骨検診 <input type="checkbox"/> 胸部レントゲン <input type="checkbox"/> 胃がん <input type="checkbox"/> 大腸がん <input type="checkbox"/> 子宮頸がん <input type="checkbox"/> 乳がん		
申請理由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> その他 ()		
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>申請者 (窓口に来た人)</p> <p><input type="checkbox"/>本人 <input type="checkbox"/>同一世帯の人 (氏名:)</p> <p><input type="checkbox"/>その他 (本人・同一世帯以外の人)</p> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px; margin-left: 20px;"> <p>住所:</p> <p>氏名:</p> <p>受診者との関係:</p> </div>			

※申請者の本人確認のため、身分証明書の提示をお願いします。
 ※特定健診の結果を再交付できるのは、40～74歳の国保加入者のみです。社保加入者は、検診機関に直接お問い合わせください。
 ◎申請者が本人又は同一世帯の人以外の場合は、委任状(裏面)が必要です。
 委任状で再交付申請された場合は、後日ご本人様(受診者)への郵送となります。

.....ここから下は何も記入しないでください.....

■受付担当者記入欄

受付日	令和 年 月 日	受付者	
本人確認書類 ※①は1点、 ①がない場合 ②が2点必要	①運転免許証・パスポート・個人番号カード・ その他の写真付公的身分証明書 () ②保険証・介護保険被保険者証・診察券・年金手帳・年金証書・学生証・社員証・ 預金通帳・その他 ()		

■再発行担当者記入欄

再発行日	<input type="checkbox"/> 受付日と同じ 令和 年 月 日	発行者	<input type="checkbox"/> 受付者と同じ <input type="checkbox"/> 保健課(発行者:)
------	---	-----	--

■再交付担当者記入欄

再交付日	<input type="checkbox"/> 再発行日と同じ 令和 年 月 日	交付方法	<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 保健課窓口にて手渡し
------	--	------	--

委任状は、必ず委任者本人が全て記入・押印してください。

※委任者が直筆できない場合は、職員にご相談ください。

委 任 状

令和 年 月 日

【委任者（住民健診を受けた人）】

住 所 南魚沼市

氏 名 _____ (印)

生年月日 大・昭・平 年 月 日

下記のものを代理人と定め、住民健診結果の再交付申請の権限を委任する。

【代理人（申請者）】（↓代理人欄も委任者がお書きください）

住 所 _____

氏 名 _____

※代理人の本人確認をさせていただきますので、本人確認書類をお持ちください。

（運転免許証・パスポート・個人番号カード・その他の写真付き公的身分証明書など）