

令和 年 月 日

(あて先) 千葉市 健康支援課長

千葉市健（検）診受診券送付先変更届

令和 年度の千葉市健（検）診受診券について、住民票登録地以外への送付を下記のとおり依頼します。

希望する 健（検）診		☐ 特定健康診査（千葉市国保加入者）・健康診査（後期高齢者医療制度加入者） ☐ がん検診・節目検診（肝炎、骨粗しょう症、歯周病）		
依頼理由				
対象者	ふりがな 氏 名		生年月日	年 月 日
	住民票住所			
送付先	住 所	〒		
	電話番号			

【注意事項】

・申請者（代理の方が申請する場合は代理人）の**本人確認**ができるもの（**運転免許証、健康保険証、資格確認書、マイナンバーカード（表面）、社員証など**）が必要です。（郵送の場合、写しでも可）※健康保険証の場合、保険者番号及び被保険者等記号・番号が見えないように黒塗り等を施して提出してください。

・この依頼は、申請年度分の受診券交付のみに適用されます。次年度以降も送付先の変更を希望する場合は、年度ごとに申請が必要となります。

※代理の方が申請する場合は以下に記入してください。本人が申請する場合は記入不要です。

私、 _____ ㊞ （自署の場合は不要）は、

下記のものを代理人と認め、千葉市健（検）診の手続きに関する事項について委任します。

代理人氏名		生年月日	年 月 日
代理人住所			
対象者との続柄		電話番号	