

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	<input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 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		

※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	

【注意事項】

- 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。
- 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、社員証など）が必要です。（郵送の場合、写しでも可）