決裁	課長	班長	班	受理者

特定健康診査受診券再交付申請書

令和　　年　　月　　日

美祢市長様

住　　所　美祢市　　町

受診者氏名

生年月日　昭和・平成　　年　　月　　日

被保険者番号　山13・

※受診者以外からの申請

申　請　者

受診者との続柄

次の理由により再交付を申請します。

理由	
	□１　特定健康診査受診券を紛失したため
	□２　特定健康診査受診券の損傷が著しいため
	□３　その他（　　）

（注意事項）

1　受診者に代わって、受診者の属する世帯の人が申請することもできます。

2　特定健康診査受診券の損傷が著しいため再交付を申請するときは、損傷した特定健康診査受診券を添付してください。

電話受付時間	AM･PM　　：
発行日	令和　　年　　月　　日
受取方法	□窓口受取　□郵送
発送日	令和　　年　　月　　日