

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

被保険者証番号 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	<input type="checkbox"/> 1 特定健康診査受診券を紛失したため <input type="checkbox"/> 2 特定健康診査受診券の損傷が著しいため <input type="checkbox"/> 3 その他 ()
--------	--

(注意事項)

- 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。
- 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	<input type="checkbox"/> 窓口受取 <input type="checkbox"/> 郵送
発送日	令和 年 月 日

