

特定健診・プレ特定健診 受診券再交付申請書

羽曳野市長 様

特定健診受診券・プレ特定健診の再交付を次のとおり申請します。
 なお、紛失等にかかわるもので後日発見した場合は、直ちに返還します。

申請日 年 月 日

受診券再交付対象者	被保険者番号			
	フリガナ			
	氏名			
	生年月日	昭和・平成 年 月 日	性別	男・女
	住所	〒583- 羽曳野市		
	電話番号			
	申請の理由	紛失・盗難・汚損・破損・その他 ()		

※注:特定健診は同一年度内に1度しか受診することができません。もし、2回目以降受診された場合は全額自己負担となる場合がありますのでご注意ください。

対象者と申請者が異なる場合にご記入下さい

申請者	氏名		受診者との関係	
	住所			
	電話番号			

以下は保険年金課で使用しますので、記入しないで下さい。

〈本人確認〉	保険証・マイナ保険証・資格確認書・免許証・その他 ()		
国保資格	有・無	重複申請	無・有
人間ドック受診	無・有	受診券整理No.	255
交付方法	手渡し ・ 発送		

確認者	発行者

受付印