

健康診査受診券交付停止申請書

申請日 年 月 日

山口県後期高齢者医療広域連合長 様

受診者氏名

生 年 月 日 年 月 日

被保険者番号

申請者氏名 ☐ 受診者に同じ

受診者との続柄 ☐ 本人 ☐ 配偶者 ☐ 子 ☐ その他 ()

自宅 ・ 携帯 ・ 職場 ()

連絡先(TEL) () -

次のとおり受診券の交付停止を申請します。

理由	☐ 1 通院または入院しているため ☐ 2 施設に入所しているため ☐ 3 その他 ()
----	--

(注意事項)

- 1 理由欄は、当てはまる□に✓を記入してください。
- 2 当該申請に対する決定通知等の発行は省略いたします。

《市町職員 確認欄》

職員印