

歯科健康診査受診券再交付申請書

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 _____ (印)

生年月日 年 月 日

被保険者番号 _____

世帯主による申請の場合のみ記入

世帯主氏名 _____ (印)

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 歯科健康診査受診券を紛失したため 2 歯科健康診査受診券の損傷が著しいため 3 その他 ()
送付先	〒 -
連絡先	自宅 ・ 携帯 ・ 職場 () -

(注意事項)

- 1 受診者に代わって、受診者の属する世帯の世帯主が申請することができます。
- 2 歯科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、現在使用している歯科健康診査受診券を添付してください。

《市町職員 確認欄》

市役所（町役場）宛に送付を希望 する ・ しない

職員印