

健康診査対象者除外等申請書

山口県後期高齢者医療広域連合長 様

申請日 年 月 日

受診者氏名 _____ ⑩

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 _____ ⑩

受診者との続柄 _____

次のとおり申請します。

申請内容	除外 ・ 除外の解除 ※どちらかに○を付けてください。
理由	<除外に○をした方のみ記載> 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 () <除外の解除に○をした方のみ記載> 1 退院したため 2 施設を退所したため 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 申請内容に関わらず、当該申請者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》

- ・ 除外の解除を申請する場合、今年度の受診券交付を希望 する ・ しない
- ・ 市役所（町役場）宛に送付を希望 する ・ しない

職員印

--