

健康診査対象者除外等申請書

申請日 平成〇〇年△△月××日

山口県後期高齢者医療広域連合長 様

受診者氏名 広域 花子 印

生年月日 大正5年 1月 1日

被保険者番号 12345678

世帯主による申請の場合のみ記入

世帯主氏名 広域 太郎 印

受診者との続柄 夫

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   | <div>&lt;除外に○をした方のみ記載&gt;<br/>1 通院または入院しているため<br/>2 施設に入所しているため<br/>3 その他 ( )<br/>&lt;除外の解除に○をした方のみ記載&gt;<br/>1 退院したため<br/>2 施設を退所したため<br/>3 その他 ( )</div> |
| 送付先  | 〒753-0012<br>山口県山口市大手町9-11 広域花子                                                                                                                            |
| 連絡先  | 自宅 ・ 携帯 ・ 職場<br>( 〇〇〇 ) 〇〇〇 - 〇〇〇〇                                                                                                                         |

(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