別記様式第３号（第１５・１６条関係）

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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

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)（　　）　　-

受診券の（再）交付を次のとおり申請します。

申請内容及び理由	□交付	□１ 生活習慣病で通院中だが、健康診査を希望するため □２ 退院・退所したため □３ その他（　　）
	□再交付	□１ 健康診査受診券を紛失したため □２ その他（　　）
受診券の送付先	□１ 住民票の住所、または既に設定している送付先 □２ 上記以外の住所を希望する場合（住所を記入してください。） 〒　　－	

（注意事項）

１　申請内容及び理由、受診券の送付先欄は、当てはまる□に✔を記入してください。

≪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