

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	<input type="checkbox"/> 1 通院または入院しているため <input type="checkbox"/> 2 施設に入所しているため <input type="checkbox"/> 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

--