

健康診査受診券交付停止申請書

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

生年月日 昭和5年 1月 1日

被保険者番号 1 2 3 4 5 6 7 8

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 checked="" 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）

- 理由欄は、当てはまる□に✓を記入してください。
- 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

--