

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