

歯科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 ☐ 配偶者 ☐ 子 ☐ その他（ ）

自宅 ・ 携帯 ・ 職場（ ）

連絡先(TEL)（ ） -

次の理由により再交付を申請します。

理由	☐ 1 歯科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 理由及び受診券の送付先欄は、当てはまる□に✓を記入してください。
- 2 歯科健康診査受診券の損傷が著しいため再交付を申請するときは、損傷している歯科健康診査受診券を添付してください。

《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