

歯科健康診査受診券再交付申請書

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 大正5年 1月 1日

被保険者番号 12345678

申請者氏名 広域 太郎 ☐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)（〇〇〇）××× - △△△△

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