

お口の健康診断受診券（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) (_____) - _____

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	<input type="checkbox"/> 交付	<input type="checkbox"/> 1 お口の健康診断の受診を希望するため <input type="checkbox"/> 2 その他 (_____)
	<input type="checkbox"/> 再交付	<input type="checkbox"/> 1 お口の健康診断受診券を紛失したため <input type="checkbox"/> 2 その他 (_____)
受診券の送付先	<input type="checkbox"/> 1 住民票の住所、または既に設定している送付先 <input type="checkbox"/> 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。
- 2 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

--