

国民健康保険 特定健康診査受診券 再交付申請書

被保険者証の記号、番号		記号		番号	
被 保 険 者	氏 名		生 年 月 日		
再交付申請の理由					
今年度未受診の確認(レ点記入)		<input type="checkbox"/> 受診していない			

【注意】

今年度中にすでに日高市国民健康保険特定健康診査を受診していたことが判明した場合、今回再交付した受診券で受診した分の費用は自己負担となるため、後日請求させていただきます。

上記のとおり申請します。

平成 年 月 日

(あて先) 日高市長

世帯主 住 所  
氏 名  
電話番号

