

特定健康診査受診券交付申請書

交 付 区 分	新規 ・ 再発行
申 請 日	年 月 日
保険証番号	※新規国保加入で保険証未発行の方は記入する必要はありません。
発行対象者氏名	フリガナ
生 年 月 日	年 月 日
住 所	〒736-00
	海田町
電 話 番 号	
申 請 理 由	
新規	年度途中で国民健康保険に加入したため
再発行	紛失 ・ 未着 ・ その他（ ）
今年度の特定健診予定	
あり	集団健診 ・ 個別健診 ・ その他（ ）
なし	理由（ ）

【注意事項】

特定健康診査は当該年度 1 回の受診のため、2 回以上特定健康診査を受診した場合には、2 回目以降の受診費用は申請者の全額自己負担となります。

受診券整理番号	
---------	--