「特定健康診査・健康診査受診券」再交付申請書

|  |  |
| --- | --- |
| 住　　所 | 射水市 |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 | Ｓ　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 電話番号 |  |
| 被保険者証番号 |  |
| 申請理由該当する番号に○印をしてください。 | １．紛失　　２．汚損　　３．盗難　　４．その他 |
| 射水市長　あて　　上記のとおり申請します。誓約書　特定健診受診券の再発行を受けた場合において、当該年度中に受診できる健診（特定健診・人間ドック）は１回のみのため、２回以上健診を受診した場合にはその健診費用（市負担額）は私が受診医療機関に弁償します。平成　　年　　月　　日　　　　　　　　　申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　　印 |