「特定健康診査・健康診査受診券」再交付申請書

|  |  |
| --- | --- |
| 住　　所 |  |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 | 大正・昭和　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 電話番号 |  |
| 保険証記号番号 |  |
| 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．その他 |
| 射水市長　あて  　　上記のとおり申請します。  誓約書    特定健康診査・健康診査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（特定健康診査・健康診査・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  (※自署の場合、押印は不要) | |