

## 特定健康診査・健康診査受診券 再交付申請書

被保険者 (再交付が 必要な方)	被保険者証 記号番号			
	住 所	射水市		
	氏 名		生年月日	大・昭 年 月 日
再交付申請の理由 (該当する番号に○印)		1. 紛失    2. 破損    3. その他 (    )		
<p>【注意事項】</p> <p>※確認した事項に<input checked="" type="checkbox"/>をしてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 同じ年度に健康診査を2回受診することはできません。</p> <p><input type="checkbox"/> 同じ年度に人間ドックと健康診査を重複して受けることはできません。</p> <p><input type="checkbox"/> 本年度中に、人間ドックとの重複受診及び2回以上健康診査を受診した場合、その費用は全額自己負担となります。</p> <p>上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: right;">令和    年    月    日</p> <p>射水市長 あて</p> <p style="text-align: right;">届出人    <input type="checkbox"/> 本人または同一世帯員             <input type="checkbox"/> 代理人（本人との関係：                                  )</p> <p style="text-align: center;">住 所 _____</p> <p style="text-align: center;">氏 名 _____</p> <p style="text-align: center;">電話番号                      (                      ) _____</p>				

※事務処理欄

本人確認書類	交付状況	受付印
<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 年金手帳・年金証書 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> その他(                                  )	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送 ( 月 日 )	