

# 特定健診・75歳以上健診受診券再交付申請書

年 月 日

浅口市長 殿

申請者 住所 .....

氏名 .....

(生年月日 明・大・昭 年 月 日)

電話 (                    -                    )

交付者との続柄 (                    )

下記の通り、「特定健診・75歳以上健診受診券」の再交付を申請します。  
 ただし、浅口市特定健診受診券・75歳以上健診受診券を使用し今年度二重受診した場合、健診費用は全額実費とします。

受診者	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ (以下省略可)	
	氏名	
	住所	浅口市 町
	生年月日	年 月 日
	電話番号	
再交付するもの	1. 特定健診受診券 (質問票) 2. 75歳以上健診受診券 (質問票)	
再交付申請理由	1. 紛失 2. 破損 3. その他 (                    )	
今年度の受診状況	<input type="checkbox"/> 市が実施する特定健診または75歳以上健診は受診していない	

上記の再交付申請を申請者に委任します。

委任者 住所

氏名

印

※以下の欄は記入しないでください。

確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他 (                    )
確認事項	<input type="checkbox"/> 特定健診の対象者 <input type="checkbox"/> 75歳以上健診の対象者

発行日： 月 日 ( 健診 ・ 郵送 ・ 手渡し )

受付印