

国民健康保険 特定健康診査受診券 再交付申請書

※太枠の中を記入してください。

被保険者記号・番号	
-----------	--

再交付が必要な方	フリガナ	生 年 月 日			
	氏 名				
		昭和・西暦	年	月	日
		昭和・西暦	年	月	日
	昭和・西暦	年	月	日	

再交付申請の理由	<input type="checkbox"/> 紛失	<input type="checkbox"/> 未着	<input type="checkbox"/> 破損	<input type="checkbox"/> 汚損
	<input type="checkbox"/> 盗難	<input type="checkbox"/> 書換	<input type="checkbox"/> その他 ()	

※ 氏名の欄には、受診券の再交付を希望する方のお名前を記入してください。

※ 1人につき、特定健康診査か国保人間ドックのどちらか年度（本年4月～翌年3月）1回限りの選択になります。同じ年度に2回受診した場合は、健診費用を返納していただくこととなりますのでご注意ください。

上記のとおり申請します。

年 月 日

さいたま市長 あて

申請者	住 所 :	
	氏 名 :	
	電話番号 :	()

※事務処理欄

本人確認資料	交付状況	担当者
<input type="checkbox"/> マイナンバーカード	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送	
<input type="checkbox"/> 運転免許証		
<input type="checkbox"/> 住基カード		
<input type="checkbox"/> 旅券		
<input type="checkbox"/> 在留カード		
<input type="checkbox"/> 年金手帳		
<input type="checkbox"/> 保険証		
<input type="checkbox"/> その他 ()	(月 日)	



記載例

国民健康保険 特定健康診査受診券 再交付申請書

※太枠の中を記入してください。

被保険者記号・番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9
-----------	-------------------

再交付が必要な方	フリガナ	生年月日
	氏名	
	サイタマ タロウ	昭和・西暦 40年8月1日
	埼玉 太郎	
		昭和・西暦 年 月 日
		昭和・西暦 年 月 日

再交付申請の理由	<input checked="" type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 未着 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> 書換 <input type="checkbox"/> その他 ()
----------	--

※ 氏名の欄には、受診券の再交付を希望する方のお名前を記入してください。

※ 1人につき、特定健康診査か国保人間ドックのどちらか年度（本年4月～翌年3月）1回限りの選択になります。同じ年度に2回受診した場合は、健診費用を返納していただくこととなりますのでご注意ください。

上記のとおり申請します。

2021年 2月18日

さいたま市長 あて

窓口に来た方

申請者	住所:さいたま市浦和区常盤6-4-4
	氏名:埼玉 太郎
	電話番号: 090 (0000) 1111

※事務処理欄

本人確認資料	交付状況	担当者
<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 住基カード <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送 (月 日)	

