

四万十市長 様

【申請者】 住 所 四万十市

氏 名 印

(生年月日 年 月 日)

(電話番号 ー)

【代理人の場合】 住 所

氏 名 印

(電話番号 ー)

※代理の方が申請する場合は裏面の委任状が必要です。

特定健診・健康診査受診券交付申請書

次の事項を確認し、受診券の交付を申請します。

1 確認事項(確認後 に を記入してください) 今年度4月1日以降、市の特定健診・健康診査を受診していません。 年度内に当市の特定健診・健康診査を重複して受診した場合は、健診費用の実費を負担することに同意します。2 保険証の種類(該当する に を記入してください) 国民健康保険 【記号番号 () (適用開始年月日:平成 年 月 日)】 後期高齢者医療保険【被保険者番号() (資格取得年月日:平成 年 月 日)】 その他【 】3 受診券交付区分(該当する に を記入してください) 新規交付 再交付4 受診券交付理由(該当する に を記入してください) 医療機関で受診のため 年度途中の加入のため 紛失 その他 ()

※市の記入欄

受診券交付日	令和 年 月 日	受付場所	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 健診会場
交付した受診券 整理番号		受け渡し方法	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 健診機関 (※ 発送日)
健康かるて受診確認	<input type="checkbox"/>	受付担当	