

特定健診受診券再交付

特定健康診査受診券再交付申請書

特定健康診査受診券の再交付を申請します。なお、特定健康診査は当該年度1回の受診のため、2回以上特定健康診査を受診した場合には、2回目以降の受診費用は申請者が全額自己負担します。

令和 年 月 日

申請者 発行対象者	住所							
	フリガナ							
	氏名							
	生年月日	昭和	年	月	日			
	電話番号							
	被保険者証 記号番号							
受取人 本人以外の場合	氏名							
	被保険者との 関係	<ul style="list-style-type: none"> ・発行対象者と同居 ・それ以外 住所： 電話番号：						

[市 記入欄]

市名	佐賀市	受付年月日	R . .	受付者名	
交付状況			郵送 ・ 窓口交付		
郵送日	郵送先				
	本人住所	健診・検査センター	その他 ()		