

後期高齢者医療健康診査受診券再交付申請書

被 保 険 者	住 所	
	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
	被保険者番号	
	理由	1 紛失 2 汚損 3 その他 ( )

上記被保険者の後期高齢者健康診査受診券の再交付を申請します。

申請者（記入された方・電話をされた方）

住 所

〒

氏 名

電話番号

被保険者との関係 ( )

〔市町記入欄〕

市町(支所)名 [ 佐賀市 ]	受付日 和 年 月	受付者名	
申請者確認方法（下記 番で確認）		交付方法	郵送 ・ 窓口交付
①後期高齢者医療被保険者証、資格確認書、写真入身分証明書の提示 ②被保険者からの委任状持参 ③入所施設等職員で写真入職員証等の提示 ④成年後見人を示す公正証書等の提示 ⑤住所・氏名・生年月日等を申告してもらい住基等で確認 ⑥その他 ( )			
郵送日	郵送先		
	健診・検査センター ・ 本人住所		

その他の送り先住所

宛名