

<注意>

今年度中に受診できる後期高齢者医療保健健康診査は1回のみです！  
2回目以降は全額自己負担になります。

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	佐賀市栄町1-1								
	フリガナ	サガ タロウ								
	氏 名	佐賀 太郎								
	生年月日	明治	大正	昭和	5	年	1	月	1	日
	被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	
	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。

令和 ○○ 年 ○ 月 ○ 日

申請者（記入された方・電話をされた方）

住 所  
〒

840-8501  
佐賀市栄町1-1

氏 名 佐賀 花子

電話番号 0952-40-7274

被保険者との関係 ( 妻 )

佐賀県後期高齢者医療広域連合長様

〔市記入欄〕

市(支所)名	佐賀市	受付年月日	・	・	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または写真入身分証明書の提示 ③入所施設等職員で写真入職員証等の提示 ⑤住所・氏名・生年月日等を申告してもらい住基等で確認			②被保険者からの委任状持参 ④成年後見人を示す公正証書等の提示 ⑥その他 ( )			
郵送日	郵送先					
	健診・検査センター			・	本人住所	