健康づくり推進課　電話番号　072－674－8800　　FAX　072－674－1551

高槻市国民健康保険特定健康診査受診券交付・再交付申請書

1 □交付　□再交付
2 今年度、特定健診を受診していない(他市での受診を含む)　　□はい□いいえ
3 今年度、国民健康保険人間ﾄﾞｯｸ助成金の交付を受けていない　□はい□いいえ
4 国民健康保険の資格確認の方法は　□保険証　□端末　□その他(　　)

世帯の被保険者証の記号番号
高国　　－　　－

受診券交付・再交付者氏名 生年月日		受診券整理番号	年 齢
フリガナ			
氏　名			歳
生年月日	S　　.　　.		
フリガナ			
氏　名			歳
生年月日	S　　.　　.		
フリガナ			
氏　名			歳
生年月日	S　　.　　.		

交付・再交付を申請される理由
□未着　□資格取得　□紛失　□その他(　　)

(あて先)高槻市長
上記のとおり申請します。　□窓口申請　□電話(FAX)申請　□その他(　　)
令和　　年　　月　　日

申請者(本人)

郵便番号(必須):〒　　－
住　所(必須):
氏　名(必須):
電話番号(必須):

代理者　※申請者と同じ部分は省略
※同一世帯以外の場合は、委任状が必要

郵便番号(必須):〒　　－
住　所(必須):
氏　名(必須):　　(続柄:　　)
機関名(必須):
電話番号(必須):

＜市記入欄＞

受付日 確認事項	令和　　年　　月　　日	□ 国保資格確認　□ 要支援者確認 □ 受診履歴確認	
処理方法	□ 窓口渡し □ 発送処理(本人宛・代理人宛・病院宛)　※病院宛の場合は裏面記入 発送者(　　)　発送日(　　／　　) □ その他　(　　)		
適用開始日 (資格取得日)	昭和 平成 令和　　年　　月　　日	備　考	

受付番号		審査者	確認者	受付者