

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

(あて先)高槻市長

令和 年 月 日

下記のとおり申請します。 窓口申請 電話(FAX)申請 その他()

申請者名 _____ (続柄) 本人・その他()

住 所 _____

電話番号 _____ () _____

※受診者と申請者が異なる場合は、委任状を持参してください。ただし、同一世帯の方については、委任状は不要です。

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													歳
氏 名													
生年月日	s . .												
フリガナ													歳
氏 名													
生年月日	s . .												
フリガナ													歳
氏 名													
生年月日	s . .												
住 所	※申請者と同じ場合は省略 〒 _____												

世帯の被保険者証の記号番号 高国 _____

- 1 交付 再交付
 2 交付・再交付を申請される理由
 未着 資格取得 紛失 健診会場受診券忘れ その他()
 3 今年度、特定健診を受診していないことを確認した(他市での受診を含む)
 4 今年度、国民健康保険人間ドック助成金の交付を受けていないことを確認した

<市記入欄>

受付日 確認事項	令和 年 月 日	受付者 <input type="checkbox"/> 確認者 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 送付状況 <input type="checkbox"/> 国保資格確認(□保険証 □端末) <input type="checkbox"/> 要支援者確認 <input type="checkbox"/> 受診履歴確認
処理方法	<input type="checkbox"/> 窓口渡し <input type="checkbox"/> 発送処理(本人宛・代理人宛・病院宛) 発送者()発送日(/) <input type="checkbox"/> 健診会場渡し <input type="checkbox"/> その他() ※病院宛の場合は裏面記入	
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