

該当する方を  
○で囲む

特定健康診査 受診券

特定健康診査 結果票

再発行

新規

申請書

\*以下、太枠内ご記入ください。

被保険者証記号番号		交国	
被 保 険 者	氏 名		生年月日
			昭和 年 月 日生
			昭和 年 月 日生
			昭和 年 月 日生
受診状況 ※右記2点を必ず ご確認のうえ、☑を つけてください		<input type="checkbox"/> 年度内(R6.4.1~R7.3.31)に特定健診は受診していません。 <input type="checkbox"/> これから特定健診を受診予定です。 ( 受診日:令和 年 月 日 ・ 受診日未定 ) <b>※2回以上健診を受診された場合は自己負担になりますので、 注意して下さい。(1万円程度)</b>	
再交付申請理由		<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 未到着・未確認 <input type="checkbox"/> その他( )	
上記のとおり申請します。			
医療保険課長 宛 年 月 日			
住 所 交野市			
電話番号 ( ) -			
氏 名			

担当記入欄

再発行処理方法	即日	<input type="checkbox"/> 窓口	
	後日	<input type="checkbox"/> 郵送	□発送日 ( / ) 郵送者( )
		<input type="checkbox"/> 窓口	□渡し日 ( / ) 交付者( )
身元確認の種類			受付担当者
運転免許証	健康保険証	その他公的証明書	
アトラス 再発行日 記入済 <input type="checkbox"/>			