

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。

申請者名 (続柄) 本人・その他()

住 所 〒 —

電話番号 () - _____

※申請者と受診者が異なる場合は、委任状が必要です(同一世帯の場合は不要)

受 診 者		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 〒 ー											
確 認 事 項												
申請理由	交付	☐ 資格取得（使用時期： ） ☐ その他（ ） ※（受診券番号符番なしの場合）お渡しまでに2週間程度かかります（要説明）										
	再交付	☐ 紛失 ☐ 受診券忘れ ☐ 未着 ☐ 被保険者番号変更（新番号： ー ー ） ☐ その他（ ）										
受診履歴	☐ 今年度、特定健診を受診していない（他市での受診を含む） ☐ 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											

＜市記入欄＞

受付日	令和 年 月 日	受付 発行 確認 ☐ ☒ ☐ 送付状況 ☐ ☒ ☐ 国保資格確認(端末確認) ☐ ☒ ☐ 要支援者確認 ☐ ☒ ☐ 受診履歴確認(健診・人間ドック助成) ☒ ☐ ☐ 印字内容確認 ※特に整理番号の年度(上2桁)		
申請方法等	☐ 窓口 ☐ 電話(FAX) ☐ その他			
	☐ 交付 ☐ 再交付			
交付方法	☐ 窓口(予定日:) ☐ 郵送(本人・代理人・病院) ※病院宛の場合は裏面記入 ☐ 健診担当 ☐ その他 ()			
交付(発送)日	月 日	交付者 (発送者):	本人確認	個人番号カード・免許証・その他()
適用開始日	昭和 平成 年 月 日 令和	備 考		

受付番号	
------	--

審査者	確認者	発行者	受付者

※病院からの申請の場合、病院から委任状を送付していただき、添付すること。

(病院情報)

病院名:

病院住所:

電話番号: