

年度 伊豆の国市国民健康保険
人間ドック等助成券再交付申請書

受 診 者	記号番号				
	ふりがな				
	氏名				
	生年月日	昭・平	年	月	日
		性別	男・女		
住所 (連絡先)	伊豆の国市 番地				
	(電話番号)				
再交付申請の理由	<input type="checkbox"/> 紛失 (理由) <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> 破損				

※汚損・破損の場合は、その助成券を添付してください。

上記のとおり助成券の再交付を申請します。

伊豆の国市長 宛

年 月 日

申請者氏名.....印
(受診者との続柄)

【 注意事項 】

- 1 再交付申請に基づき発行された助成券は、市役所から検査機関に直接送付します。
- 2 紛失した助成券が発見された時は、必ず国保年金課へお返しください。

処理欄

申 請 状 況 確 認			再交付
受付番号	検査機関	種別	
		人間・脳	/
備考			

〇〇年度 伊豆の国市国民健康保険
人間ドック等助成券再交付申請書

受 診 者	記号番号	1234567		
	ふりがな	いずこく はなこ		
	氏名	伊豆国 花子		
	生年月日	昭・平	〇〇年 〇〇月 〇〇日	性別 男・ 女
	住所 (連絡先)	伊豆の国市 長岡340 番地 の1 (電話番号 055-948-2905)		
再交付申請の理由	<input checked="" type="checkbox"/> 紛失 (理由) <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> 破損			

※汚損・破損の場合は、その助成券を添付してください。

上記のとおり助成券の再交付を申請します。

伊豆の国市長 宛

〇〇年 〇〇月 〇〇日

申請者氏名 伊豆国 花子 (印)
(受診者との続柄 本人)

【 注意事項 】

- 1 再交付申請に基づき発行された助成券は、市役所から検査機関に直接送付します。
- 2 紛失した助成券が発見された時は、必ず国保年金課へお返しください。

処理欄

申 請 状 況 確 認			再交付
受付番号	検査機関	種別	
		人間・脳	/
備考			