

年度 伊豆の国市後期高齢者医療  
人間ドック等助成券再交付申請書

受 診 者	被保険者番号				
	ふりがな				
	氏 名				
	生年月日	明・大・昭	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下さい。

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 伊豆の国市後期高齢者医療  
人間ドック等助成券再交付申請書

受 診 者	被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8										
	ふりがな	いずこく たろう										
	氏 名	伊豆国 太郎										
	生年月日	明・大・昭	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 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 ) <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 太郎 (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			