**特定健康診査受診券再交付申請書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象者 | フリガナ |  |
| 氏　名 |  |
| 生年月日 | 昭和　　　年　　　月　　　日生　（　　　　歳） |
| 被保険者証番号 |  |
| 再交付申請の理由 | □紛失　　□汚損（破損）　□未着□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 確　認　事　項 | □今年度、特定健診・長寿健診を受診していません。□今年度、市の助成を受けて人間ドックを受診していません。 |
| 交　付　方　法 | □窓口交付□自宅へ郵送□医療機関へ郵送　※医療機関で申請し、同日受診する場合に限る。医療機関において事前に受診資格を市担当へ電話にて問合せ願います。特定健診：656-6502（保険年金課）医療機関名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

※一人につき一年度に１回の受診となります。**同じ年度に２回受診した場合や受診日時点で国保の資格を喪失していた場合、健診費用（10,630円）を全額自己負担していただくことになります**のでご注意ください。

上記の内容に同意し、申請します。

令和　　　年　　　月　　　日

　　　滝沢市長　あて

　　　　　　　　　　　　　　申請者　住　所：滝沢市

　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号：