

常務理事			担当者

健康保険 特定健康診査受診券 再交付申請書

被保険者(申請者)情報	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	記号 [][][][]	番号 [][][][]	事業所の名称	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください [][][][][][][][][][][][][]	
	氏名	(フリガナ) _____			生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
	住所	(〒 _____)			都 道 府 県	年 月 日 [][][][][][][]
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL (_____)				

本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)

受診者情報	再交付理由				
	受診者氏名	(フリガナ) _____	続 柄 (_____)	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和

送付希望先	該当するものに○をお願いします	1. 事業所
		2. 自 宅

上記のとおり特定健康診査受診券の再発行を申請します。

令和 年 月 日提出

(R6.12)

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄