

常務理事	部長	課長	係長	係

被扶養者特定健康診査受診券  
滅失  
き損  
再交付申請書

令和 年度

健康保険証記号 番号

フリガナ 被保険者氏名	①
〒	—
被保険者住所	
電話番号 ( )	—

被扶養者特定健康診査申請者

被扶養者氏名	性別	生年月日	年齢
	男・女	昭和 年 月 日	
住所	〒 —		
電話番号	( ) —		

令和 年 月 日申請

受付印