

常務理事	部長	課長	係長	係

特定保健指導利用券 滅失 再交付申請書  
き 損

令和 年度

◆ 特定健康診査結果通知表が必要な場合は (チェック)を入れてください

特定健康診査結果通知表 必要

健康保険証記号

番号

特定保健指導申請者

被保険者氏名	①
被保険者住所	
電話番号 ( )	

申請者氏名	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