

情報公開	非公開
非公開とする理由	第10条 個人情報に該当するため

瑞穂町特定健康診査・後期高齢者健康診査 受診券(再)交付・年度途中加入者申請書

次の事項を確認し、レ点でご記入ください。

確認事項	<input type="checkbox"/>	今年度4月1日以降、町の健康診査を受診していません。
	<input type="checkbox"/>	年度内に町の健康診査を重複して受診した場合、健診費用が受診者の負担になりますのでご注意ください。

太枠内の各項目をレ点、またはご記入ください。

申請日：令和 年 月 日					
申請者	住所				
	氏名		生年月日	年 月 日	
	該当者との 関係	本人・同居の親族 その他 ()	電話番号		
該当者 (受診券が 欲しい方) 申請者と違う 場合のみ記載	住所	瑞穂町			
	氏名		生年月日	年 月 日	
(再)交付 理由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> 盜難 <input type="checkbox"/> その他 ()				
(再)交付 受診券	<input type="checkbox"/> 特定健康診査 受診券				
	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療健康診査 受診券				

瑞穂町長 あて

上記のとおり、申請します。

身分確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他 ()
備考	<input type="checkbox"/> 本人の身分確認ができない。 <input type="checkbox"/> 代理申請 ⇒委任状がない場合は、本人あてに郵送。