

《 特定健康診査受診券 再発行申請書 》

年 月 日

被保険者 被保険者番号

住 所 ふじみ野市

氏 名

生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日

電話番号

再発行の理由 紛失・盗難・破損（汚損）・その他

申請者 ①本人

②本人以外（下記に記入。被保険者本人と同じ場合は住所・電話番号の記入不要）

住 所

氏 名

電話番号

被保険者との続柄 夫・妻・子・その他（ ）

ふじみ野市長 あて

上記のとおり申請します。

また、今年度の健康診査受診に当たり、複数回健康診査を受診したときは、2回目以降の受診に要した費用は全額自己負担となることを了承いたします。

※今年度、人間ドックの検査料の補助を受ける場合は、この特定健康診査の対象になりません。ご注意ください。