

# 特定健康診査受診券再交付申請書

令和 年 月 日

新宮町長 あて

申請者住所 新宮町 \_\_\_\_\_

申請者氏名 (受診者) \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

なお、以下のとおり、間違いありません。

- 1, 令和6年7月以降、集団健診、あるいは医療機関での「特定健康診査」は受けていません。同年度内に二度以上受診した場合は、その受診費用を全額自己負担することや、請求があった場合は支払うことを承諾します。
- 2, 今後、受診券が出てきたときは、破棄いたします。

-----  
【町担当者記入欄】 ※要受付印押印

対応者：

対応日	令和6年 月 日	郵送・手渡し
本人確認(窓口)	個人番号カード 免許証	その他 ( )