

|          |                    |
|----------|--------------------|
| 情報公開     | 非公開                |
| 非公開とする理由 | 第10条<br>個人情報に該当する為 |

瑞穂町無保険者健康診査  
受診券(再)交付・年度途中該当者申請書

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<br>関係                                                                                                                      | 本人 ・ 同居の親族<br>その他（              ） | 電話番号 |                 |
| 該当者<br>(受診券が<br>欲しい方)<br>申請者と違う<br>場合のみ記載 | 住所                                                                                                                               | 瑞穂町                               |      |                 |
|                                           | 氏名                                                                                                                               |                                   | 生年月日 | 年      月      日 |
|                                           |                                                                                                                                  |                                   | 電話番号 |                 |
|                                           | 氏名                                                                                                                               |                                   | 生年月日 | 年      月      日 |
|                                           |                                                                                                                                  |                                   | 電話番号 |                 |
| (再)交付<br>理由                               | <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> その他（              ） |                                   |      |                 |
| (再)交付<br>受診券                              | <input type="checkbox"/> 無保険者健康診査 受診券                                                                                            |                                   |      |                 |

瑞穂町長    あて  
上記のとおり、申請します。