特定健康診査受診券再発行の手続きについて

《組合へご提出いただく書類》

必要事項をご記入のうえ、下記書類を当組合までお送りください。

1　特定健康診査受診券再発行申請書

返信用宛名ラベル

〒540-0019
大阪市中央区和泉町１丁目３番８号
大阪府薬剤師会　西館２階

近畿薬剤師国民健康保険組合　行

近 畿 薬 剤 師 国 民 健 康 保 険 組 合

〒540-0019　大阪市中央区和泉町１丁目３番８号　大阪府薬剤師会館　西館２階　☎（06）6946－9151

特定健康診査受診券再発行申請書

被保険者記号番号	薬国					ー				ー			

	氏　　名	続柄	性別	生 年 月 日	※受診券番号
1					
2					
3					
4					

再発行申請の理由	紛失　・　その他　（　　）

上記の通り再発行していただきたく申請いたします。
特定健康診査受診券紛失のために当該紛失特定健診受診券による受診
その他について貴組合に負担をかけないことを誓約いたします。

令和　　年　　月　　日

組合員　住 所

氏 名（自署）

近畿薬剤師国民健康保険組合理事長　様

（※事務処理欄）　　※印には記入しないでください

受　付　印

決裁	理　事	室　長	課　長	主担当	副担当
令和　　年　　月　　日					

受 診 券 再 発 行	令和　　年　　月　　日