決裁	課　長	主　幹	課長補佐	係　長	係

交　付	確　認	作　成	受　付

□ 蒲郡市国民健康保険特定健康診査受診券
□ 後期高齢者医療健康診査受診券　再交付申請書

受診券再交付者	氏名	被保険者番号	年齢	生年月日
			歳	大正 昭和　　年　　月　　日

再交付申請の理由	1 紛失　2 期間延長　3 汚損　4 その他(　　)

上記のとおり申請します

年　　月　　日

蒲郡市長 殿

※保険証を確認のうえ、どちらか当てはまる方を記入してください

□国保の方→	世帯主	住所 氏名 （申請人　　） 電話　　－　　－
□後期の方→	申請者	住所 氏名 （申請人　　） 電話　　－　　－

※ここから下は、記入しないでください。

発行時確認	□ 受診資格あり □ 重複受診でない □ (特定健診)有効期限は75歳誕生日を越えていない □ 住所・氏名は正しく表示されている、印字ズレはない □ がん検診再交付の確認 　□ 必要(健康推進課が送付) 　□ 必要(保険年金課が送付) 　□ 不要 □ 再交付印の押印
本人確認欄	1 被保険者証 2 マイナンバーカード 3 運転免許証 4 パスポート 5 在留カード・外国人登録証明書等 6 その他(　　)

本人へ説明	□ 期限内に受診 □ 旧受診券は使用不可 □ 誤受診の場合の費用返還 □ 人間ドック・JA ドックを受診していない
受付状況	【依頼元】 □世帯主 □本人 □家族 □医療機関 □保健センター □その他(　　) 【依頼方法】 □窓口申請 □電話 □メール 【発行日】　　年　　月　　日 【発行方法】 □手渡し □郵送(自宅) □郵送(医療機関) 【旧受診券回収】□有 □無