決裁	課　長	係　長	係	交　付	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
	1			歳	大正 昭和　　年　月　日
	2			歳	大正 昭和　　年　月　日
	3			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

住所　蒲郡市

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 ☐　重複受診ではない ■　有効期限は７５歳誕生日を越えていない（特定） ☐　住所・氏名は正しく表示されている、印字ズレはない ☐　がん検診再発行の確認 ☐　再発行印の押印
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・外国人登録証明書など 6　その他（　　）

本人へ説明	☐　期限内受診 ☐　旧受診券の使用不可 ☐　誤受診の場合の費用返還
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