

常務理事	事務長	担当

特定健康診査受診券再発行申請書

令和 年 月 日提出

被保険者証の記号・番号	記号		番号	
被保険者の所属				
被保険者氏名				
(フリガナ)				
再発行する方の氏名				
生年月日・続柄	昭和 年 月 日生(歳)	続柄		
住 所	〒			
連絡先電話番号	自 宅		携 帯	
再発行理由(該当するものに○)	1. 紛失 2. 有効期限切れ 3. その他()			
発行希望有効期限 希望する期限を○印で 囲んでください	1. 4～12月末 2. 1～2月末 ※紛失・滅失以外はお手元の受診券を添付して、ご申請ください			

以上の理由により当該年度の特定健康診査受診券の再発行を申請します。

北海道電力健康保険組合理事長 殿