

決 裁 欄	常務理事	事務長	係	交付年月日	平成	年	月	日									
				有効期限	平成	年	月	日									
				受診券 整理番号													

### 「特定健康診査受診券」再発行願

事業所名							
被保険者証 記号・番号	記号				番号		
被保険者氏名						印	
受診券交付対象者 氏名	ふりがな					続柄	
生年月日	昭和	年	月	日	性別	男・女	
現住所	〒						
再発行理由	1. 紛失 2. 有効期限切れ 3. その他（理由 ） ※ 紛失以外はお手許の「受診券」を添付して下さい。						

以上の理由により特定健康診査受診券の再発行をお願いします。

三岐しんきん健康保険組合 理事長 様

平成 年 月 日 提出

