



国民健康保険ドック費用補助金交付決定通知書再交付申請書

| | | | | | | | |
|---|--------------------------|---|---|---|---|-----|---|
| 2ヒ | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 |
| 被保険者氏名 | 日立 あんず | | | | | | |
| 生年月日 | 昭和 56 年 6 月 7 日 | | | | | | |
| 受診年月日 | 令和 4 年 7 月 11 日 | | | | | | |
| 受診医療機関名 | 〇〇病院 | | | | | | |
| 再交付申請の理由 | 1. 紛失 2. 破損汚損 3. その他 () | | | | | | |
| 上記のとおり申請します。 令和 4年 10月 10日 申請者 住 所 日立市 助川町 1-1-1 氏 名 日立 あんず 電話番号 0294-22-3111 | | | | | | | |
| 本人確認 | | | | | | 受付者 | |
| 保険証 マイナンバーカード 運転免許証 その他 () 確認済 | | | | | | | |