様式第９号

国保

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							
被保険者氏名							
生年月日	年　　月　　日						
受診年月日							
受診医療機関名							
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　　年　　月　　日

申請者　住　　所

氏　　名

電話番号

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	