



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							