後期高齢者健康診査受診券送付に関する連絡票

受付日	年　月　日
受付者	

（※は必ず記入してください）

対象者

フリガナ		※生年月日	大正 昭和　年　月　日	
※ 氏　名				
住　所		電話番号		男　女

＜内容＞

□	来年度以降、受診券を送付しなくてよい □施設入所　□長期入院　□持病　□その他（　　）	発券番号	（分かったら記入してください）
		被保険者番号	（分かったら記入してください）
□	今年度は受けないが、来年度は送ってほしい。	＜メモ＞	
□	別の住所に送ってほしい （〒　　【　　様方】） ☆後期健診受診券**のみ**の送付先になります！他の書類（がん検診等）は送付先変更届を提出、保険証などは市役所国保医療課（℡04-2966-1111）に連絡してください。		
□	その他（　　）		

※申請者

（対象者本人でない場合は記入してください。）

フリガナ		対象者との関係	
氏　名			
住　所		電話番号	

事業担当者処理欄	□リスト修正　□発券停止　□（　　）	処理日		サイン	