

様式第3号（第8条関係）

国民健康保険人間ドック及び脳ドック健康診査補助金交付決定通知書再交付申請書

被保険者 記号・番号	2ヒ	1	2	3	4	5	6	7
被保険者氏名	<b>日立 花子</b>							
生年月日	西暦 <b>1960</b> 年 <b>3</b> 月 <b>3</b> 日							
受診年月日	西暦 <b>2025</b> 年 <b>5</b> 月 <b>5</b> 日							
受診健診機関名	<b>〇〇病院</b>							
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**7**年**1**月**1**日

申請者 住 所 **日立市助川町1丁目1番1号**

氏 名 **日立 花子**

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	