

(※共済組合使用欄)

課長	係長	主任者

(※共済組合使用欄)

受診券整理番号

「特定健康診査受診券」再交付申請書

所 属 所 名			
組 合 員 証 記 号 番 号	—		
フ リ ガ ナ			申 請 理 由
組 合 員 氏 名			
フ リ ガ ナ			
特 定 健 康 診 査 該 当 者 氏 名		続柄	
受 診 方 法 確 認	下記より選んで○をつけてください。(受診予定日が決まっている場合はご記入ください。) ① 市町村が実施する住民健診 (受診予定日 月 日) ② 集合契約参加医療機関での健診 (受診予定日 月 日)		
注 意 事 項	○同年度内にすでに上記のいずれかを受診された方は、重複しての受診はできません。 ○後日、再交付前の受診券が発見された場合は、必ず共済組合(所属所経由)へ返戻してください。		
上記のとおり申請いたします。			
茨城県市町村職員共済組合理事長 様			
平成 年 月 日			
組合員 住所 氏名 氏名 印			
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。			
平成 年 月 日			
所属所長 職名 氏名 氏名 印			