

(※共済組合使用欄)

課長	課長補佐	主査	係長	係員	主任者

(※共済組合記載欄)

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	<p>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。)</p> <p>① 市町村が実施する住民健診 (受診予定日 月 日)</p> <p>② 集合契約参加医療機関での健診 (受診予定日 月 日)</p>		
注意事項	<p>○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。</p> <p>○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。</p>		
<p>上記のとおり申請いたします。</p> <p>茨城県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>組合員 住所 氏名</p> <p style="text-align: right;">印</p>			
<p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>所属所長 職名 氏名</p> <p style="text-align: right;">印</p>			