

(※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 | 〇〇〇〇〇 | | | | |
| 組合員証記号番号 | 〇〇〇 — 〇〇〇〇 | | | | |
| フリガナ | キョウサイ タロウ | 申請理由 | | | |
| 組合員氏名 | 共済 太郎 | 紛失したため。 | | | |
| フリガナ | キョウサイ ハナコ | | | 続柄 | 妻 |
| 特定健康診査該当者氏名 | 共済 花子 | | | | |
| 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。) <input checked="" type="radio"/> ①市町村が実施する住民健診 (受診予定日 月 日) <input type="radio"/> 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 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

住所 水戸市笠原町978番26
 組合員氏名 共済 太郎



上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

所属所長 職名 〇〇〇〇〇
 氏名 〇〇 〇〇

