

(※共済組合使用欄)

課長	確認	担当

(※共済組合使用欄)

受診券整理番号

特定健康診査受診券交付申請書

(4月2日以降の被扶養認定者で特定健診希望者用)

所 属 所 名			
組 合 員 証 記 号 番 号		—	
フ リ ガ ナ			
組 合 員 氏 名			
フ リ ガ ナ			
特 定 健 康 診 査 希 望 者 氏 名		続柄	
被 扶 養 者 認 定 日		年 月 日	
受診確認	右記の①～④のいずれか該当する事項に○をつけてください。	① 本年度中に、居住地の市町村が実施する住民健診による特定健診を受けました。 ② 本年度中に、当組合の被扶養者となる以前の職場にて、健康診断を受けました。 ③ 本年度中に、特定健診に係る集合契約参加医療機関にて、特定健診を受けました。 ④ 本年度中に、上記①～③に該当する健診を受けておりません。	
<p>特定健康診査受診を希望いたしますので、「特定健康診査受診券」交付について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>令和 年 月 日</p> <p>組 合 員 住 所 氏 名</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>令和 年 月 日</p> <p>所 属 所 長 職 名 氏 名</p>			