

(※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再交付申請書

(受診券を紛失した場合に使用)

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 令和 年 月 日 住所 組合員 氏名			
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和 年 月 日 職名 所属所長 氏名			