

(※共済組合使用欄)

課長	確認	担当

「人間ドック利用承認書」再交付申請書

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		続柄
利用者氏名		
再交付申請理由		
健診機関名		
健診利用日	令和 年 月 日 (曜日)	
人間ドックの種類	下記の種類から1つ選んで○をつけてください。 【1】 短期人間ドック (日帰り) 【2】 短期人間ドック (宿泊) 【3】 脳ドック 【4】 脳併診ドック 【5】 PETドック 【6】 PET併診ドック	
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 所属所長 職名 氏名		