

「特定健康診査受診券」の交付申請書

(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		—
組 合 員 氏 名		
(フリガナ) 特定健康診査希望者氏名 (交付申請者)		
被 扶 養 者 認 定 日		平成 年 月 日
受診確認	現在右記の①～④ に該当する事項に ○印をして下さい。	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。
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。		
茨城県市町村職員共済組合理事長 様 平成 年 月 日 申請者 住 所 (組合員氏名) 氏 名 印		
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 平成 年 月 日 職 名 所属所長 氏 名 印		

(※は共済組合記載欄)

※ 受診券整理番号

課 長	課長補佐	主幹・主査	係 長	係 員