



「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	〇〇〇〇
組合員証記号番号	〇〇〇 — 〇〇〇〇
組合員氏名	共済 太郎
(フリガナ) 特定健康診査希望者氏名 (交付申請者)	キョウサイ ハナコ
	共済 花子
被扶養者認定日	平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 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 平成〇〇年〇〇月〇〇日 申請者 住所 水戸市笠原町978-26 (組合員氏名) 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 〇〇市長 氏名 〇〇 〇〇 	

(※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