(※共済組合使用欄)

(7217) 107112 12 122718 18497			
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				
40 A R 57 53 D TV D				
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)		
下記の種類	から1つ選んで○をつけてください。			
人 間ドックの 種 類 <u>【1.】</u> 短期人間	【2】 計·ック 脳併診t`ック	【3】 PET併診ドック		
ト記のとおり申請いたします。				
上記のとおり申請いたします。				
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			
	組合理事長 様 月 日			
茨城県市町村職員共済	月 日 住 所			
茨城県市町村職員共済 令和 年 組合員	月 日 住所 氏名			
茨城県市町村職員共済 令和 年 組合員 上記の記載事項は、事実と相違ない	月 日 住所 氏名 いものと認めます。			
茨城県市町村職員共済 令和 年 組合員	月 日 住所 氏名			
茨城県市町村職員共済 令和 年 組合員 上記の記載事項は、事実と相違ない	月 日 住所 氏名 いものと認めます。 月 日 職名			