（※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つ選んで〇をつけてください。 【1】短期人間ﾄﾞｯｸ　【2】脳併診ﾄﾞｯｸ　【3】PET併診ﾄﾞｯｸ	

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

組合員　住　所

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