

※共済組合使用欄

決 裁	確 認	係

※共済組合使用欄

受診券整理番号

特定健康診査受診券 交付・再交付 申請書

区 分	<div style="border: 1px dashed black; border-radius: 50%; padding: 5px; display: inline-block;">交付</div> 本年度4月2日以降に扶養認定され、 特定健診受診を希望する方	<div style="border: 1px dashed black; border-radius: 50%; padding: 5px; display: inline-block;">再交付</div> 本年度4月1日以前に扶養認定されて いて、1度受診券の交付を受けている方
所 属 所	〇 〇 市 役 所	
組合員等記号番号	〇〇〇 — 〇〇〇〇〇	
組 合 員 氏 名	共 済 太 郎	
受 診 者 氏 名	共 済 花 子	続柄
		妻
		生 年 月 日
		昭和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
扶 養 認 定 日	令和 年 月 日	※再交付の方は記入不要です。
再 交 付 申 請 理 由	紛失のため	
<p>上記のとおり特定健康診査受診券の交付（再交付）を申請します。</p> <p>令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日</p> <p>茨城県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p style="text-align: right;">住所 茨城県〇〇市〇〇町〇〇番地</p> <p style="text-align: right;">組合員 氏名 共 済 太 郎</p>		

【重要】

- 同年度内に受けられる当組合の助成による特定健診は、以下のいずれかひとつです。重複受診が判明した場合は、重複分の健診料を返還していただきますので、ご注意ください。
 - ・人間ドック
 - ・住民健診と併せた特定健康診査
 - ・医療機関(集合契約参加機関)での特定健康診査
 - ・全国巡回型健診での特定健康診査(現職組合員の女性被扶養者のみ対象)