

(※共済組合使用欄)

課長	確認	担当

(※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	〇〇〇〇〇		
組合員証記号番号	〇〇〇-〇〇〇〇		
フリガナ	キョウサイ タロウ		
組合員氏名	共済 太郎		
フリガナ	キョウサイ ハナコ	続柄	妻
特定健康診査希望者氏名	共済 花子		
被扶養者認定日	〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日		
受診確認	右記の①～④のいずれか該当する事項に○をつけてください。	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			
令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日			
組合員		住所	水戸市笠原町978番26
		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。			
令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日			
所属所長		職名	〇〇〇〇〇
		氏名	〇〇 〇〇