（※共済組合使用欄）

課　長	確　認	担　当

「歯周病検診票」再交付申請書

所　属　所　名	○○○○○
組合員証記号番号	○○○－○○○○
フ　リ　ガ　ナ	キョウサイ　タロウ
組　合　員　氏　名	共済　太郎
再交付申請理由	1.（○）紛失 2.　その他（　　）

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　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　○○　年　○○　月　○○　日

所属所長　職　名　○○○○○
　　氏　名　○○　○○