

※共済組合使用欄

決 裁	確 認	係

## 人間ドック利用承認書 再交付申請書

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		
利用者氏名	共 済 太 郎	続柄	本人
再交付申請理由	<input checked="" type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 種類変更 <input type="checkbox"/> 健診機関変更 <input type="checkbox"/> その他( )		
健診機関名	〇〇〇病院		
健診日	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日		
人間ドックの種類	短期人間ドック	脳併診ドック	PET併診ドック
上記のとおり再交付を申請します。 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 茨城県市町村職員共済組合理事長 様 住所 茨城県〇〇市〇〇町〇〇番地 組合員 氏名 共 済 太 郎			

- 再交付理由が紛失以外の場合は、交付済の人間ドック利用承認書を添付してください。
- 健診日のみの変更の場合、再交付申請は不要です。健診機関に連絡の上、交付済の人間ドック利用承認書の健診日をご自身で訂正してください。