

# 特定健康診査受診券・特定保健指導利用券

## 再交付申請書

① 組合員証の記号番号				② 組合員氏名			
			-				
③ 所属所名				④ 再交付を希望する券 (□に✓を入れてください。)			
				<input type="checkbox"/> 特定健康診査受診券 <input type="checkbox"/> 特定保健指導利用券			
⑤ 再交付の対象者氏名				⑥ 対象者の生年月日		⑦ 組合員との続柄	
				昭和    年    月    日			
				昭和    年    月    日			
				昭和    年    月    日			
⑧ 再交付申請の理由 (具体的に詳しく記入してください。)							
<p>上記のとおり申請します。            なお、後日当該受診券等を発見したときは、すみやかに貴組合に返還いたします。            また、紛失した受診券等により発生した損害については、私が一切の責任を負います。</p> <p>福井県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p>令和    年    月    日</p> <p style="text-align: right;">申請者    住 所                   氏 名</p>							

【 共済組合処理欄 】

課		主		副		係	
長		幹		主		員	
				幹			

証交付 受 付