

「特定健康診査受診券」 再交付申請書

記入日です。

横浜市職員共済組合理事長 様

平成 年 月 日

次のとおり、申請します。

所 属※	職 員 番 号										組 合 員 氏 名
	記 号			番 号							
局・区 課	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	共 済 太 郎

※ 「所属」:任意継続組合員とその被扶養者の方は、必要ありません。

1 対象者 (番号を○で囲んでください。)

- 1 任意継続組合員分
 - ② 被扶養者分
- (氏名を記入してください。)

受診される方の氏名です。

被扶養者氏名
共 済 花 子

2 申請理由 (番号を○で囲んでください。)

- 1 紛 失
 - 2 盗 難
 - 3 き 損
 - 4 その他
- ⇒ (当該書類(受診券)を添付してください。)
- ⇒ (理由を記入してください。)

- ◎ 再交付1件について、申請書を1枚提出してください。
- ◎ 「特定健康診査受診券」の御利用は、お一人様1枚のみとなります。

こちらには、記入しないでください。

申請のとおり再交付します。

起案日	. .
決裁日	. .
交付日	. .

職 員 共 済 組 合 決 裁 欄			
課 長	福 祉 事 業 係 長	担 当 者	