

# 「特定健康診査受診券」 再交付申請書

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	番 号	番 号	番 号	番 号	番 号	
局・区 課								

※ 「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。)

被扶養者氏名

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。

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	