

「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

令和 年 月 日

次のとおり、申請します。

※ 所 属	記号・番号										組合員本人 氏名
	記 号		番 号(職員番号)								
港東 局・区 課	1	0	0	9	9	9	9	9	9	9	共済 薫

※ 「所属」：任意継続組合員とその被扶養者の方は、記載不要です。
職員の被扶養者の場合は、記載してください。

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

受診される方の氏名です。

（氏名を記入してください。）

被扶養者氏名

共済 和美

3 会計年度任用職員分

※ 職員本人は原則、受診券配付対象外ですが、前年度の1～3月に雇入時健診を受診し、かつ定期健康診断対象外の会計年度任用職員のみ、受診券を配付しています。

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。）

（下記へ理由を記入してください。）

3 送付先（番号を○で囲んでください。）

- 1 組合員本人の職場
2 自宅（送付先自宅を下記へ記入）

〒999-1234

横浜市港西区〇〇町1-2-3 ハイツ〇〇202

- ◎ 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、一年度に一回のみとなります。
◎ 資格喪失後の受診や重複健診の場合は、重複部分をお支払いいただきます。

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	