

「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

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)							
局・区  課											

※ 「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

(氏名を記入してください。)

被扶養者氏名

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

(当該書類(受診券)を添付してください。)

4 その他

(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)

- ◎ 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。

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	