

「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 | |
| | | | |