

特定健康診査受診券 年度途中認定者交付申請書

所属所名	(市町村・一部事務組合名)	組合員証 記号番号	記号	番号
組合員氏名				
受診券の交付 を受ける者	氏名	生年月日	年	月 日
		扶養認定年月日	年	月 日
受診券の 送付先	<input type="checkbox"/> 所属所事務担当者あて <input type="checkbox"/> 組合員自宅あて (申請欄記載の住所に送付)			
<p>上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">新潟県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">〒 ー</p> <p style="text-align: center;">住所 組合員 氏名</p>				
<p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">職名 所属所長 氏名</p>				

- 1 この申請書は、年度途中（4月2日から11月1日まで）に扶養認定を受けた40歳以上75歳未満の者が特定健康診査受診券の交付を希望する場合に使用するものです。
- 2 申請書の太枠内を記入し、所属所の共済組合事務担当課を通じて当共済組合へ提出してください

共済組合受付印

課長	係長	係	交付日