

## 特定健康診査受診券等再交付申請書

|              |   |                           |    |       |
|--------------|---|---------------------------|----|-------|
| 所属所名         | (市町村・一部事務組合名)   | 組合員証<br>記号番号              | 記号 | 番号    |
| 組合員氏名        |   | 再交付を受け<br>る者の氏名及<br>び生年月日 | 昭和 | 年 月 日 |
| 券の区分         | <input type="checkbox"/> 特定健康診査受診券 <input type="checkbox"/> 特定保健指導利用券                 |                           |    |       |
| 申請の理由        | <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> その他 ( )                          |                           |    |       |
| 受診券等の<br>送付先 | <input type="checkbox"/> 所属所事務担当者あて<br><input type="checkbox"/> 組合員自宅あて (申請欄記載の住所に送付) |                           |    |       |

上記のとおり申請します。

新潟県市町村職員共済組合理事長 様

令和 年 月 日

〒

住所  
組合員  
氏名

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

令和 年 月 日

職名  
所属所長  
氏名

- この申請書は、特定健康診査受診券又は特定保健指導利用券のいずれかの再交付を申請するときに使用するものです。
- 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。  
なお、任意継続組合員が申請する場合の記載事項証明は不要です。当共済組合へ直接提出してください。
- 申請の理由が「その他」に該当するときは、( ) 内に理由を記入してください。

|    |    |   |     |
|----|----|---|-----|
| 課長 | 係長 | 係 | 交付日 |
|    |    |   |     |

|         |
|---------|
| 共済組合受付印 |
|         |