

任意継続組合員・任意継続組合員被扶養配偶者 人間ドック利用券交付申請書

退職時の 所属所名	(市町村・一部事務組合名)	組合員等 記号番号	記号	番号
任意継続組合員 の氏名		交付対象者 の氏名・ 生年月日	昭和・平成	年 月 日
特定健康診査受診券の上部に記載されている受診券整理番号			(西暦の下2桁で始まる11桁の番号)	
【注】今年度、特定健康診査受診券を交付された人はご記入の上、 この申請書に特定健康診査受診券を添付してください。				
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 〒 ー 住所 任意継続 組合員 氏名 電話番号 ()				

【記入・申請上の注意】

- この申請書は、任意継続組合員及び任意継続組合員の被扶養配偶者が人間ドック利用券を申請するときに使用するものです。
- この申請書は、太枠内を記入の上、新潟県市町村職員共済組合へ提出してください。
- 組合員等記号番号は、以下のいずれかを確認し記入してください。
 - マイナポータルの資格情報画面
 - 資格確認書
 - 資格情報通知書又は組合員証（保険証カード）等
- 今年度分の特定健康診査受診券を交付された人がこの申請書を提出するときは、特定健康診査受診券を添付してください。
- 人間ドック利用券は、当共済組合に届出いただいた住所へ送付します。

【申請書の送付先】

〒950-8551 新潟県中央区新光町4番地1 新潟県自治会館本館4階
新潟県市町村職員共済組合 福祉課

共済組合受付印

課長	係長	係	交付日