

課 長	副 参 事	担 当 マネージャー	課 員

特定健康診査受診券・特定保健指導利用券
日帰りドック受診券・脳検診受診券

再交付申請書

組合員等記号	組合員等番号	組 合 員 氏 名	
所 属 機 関 名		生 年 月 日	年 月 日
再 交 付 申 請 を 行 う 受 診 券 等 の 名 称 (該当するものに○ をしてください)	1 特定健康診査受診券 2 特定保健指導利用券 3 日帰りドック受診券 4 脳検診受診券		
	対 象 者 氏 名		続 柄
	生 年 月 日	年 月 日	
発 行 NO.	NO. (日帰りドック・脳検診受診券は必ず記入してください。)		
再 交 付 申 請 の 理 由	(その状況を具体的に詳しく記入してください。) _____ _____ _____		
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>青森県市町村職員共済組合理事長 様 令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住 所 申 請 者 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>青森県市町村職員共済組合理事長 様 令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">職 名 所 属 所 長 氏 名</p>			

- 1 再交付を希望する受診券等の番号に○をし、対象者氏名及び続柄を記入してください。
- 2 日帰りドック・脳検診受診券の発行No. は、必ず記入してください。
- 3 再交付申請の理由は、具体的に詳しく記入してください。