

特定健診除外者報告書

所属所コード			
組合員等番号	組合員氏名	被扶養者氏名	事由
			<input type="checkbox"/> 妊産婦 <input type="checkbox"/> 長期入院 <input type="checkbox"/> 海外在住 <input type="checkbox"/> その他 ()
			<input type="checkbox"/> 妊産婦 <input type="checkbox"/> 長期入院 <input type="checkbox"/> 海外在住 <input type="checkbox"/> その他 ()
			<input type="checkbox"/> 妊産婦 <input type="checkbox"/> 長期入院 <input type="checkbox"/> 海外在住 <input type="checkbox"/> その他 ()
			<input type="checkbox"/> 妊産婦 <input type="checkbox"/> 長期入院 <input type="checkbox"/> 海外在住 <input type="checkbox"/> その他 ()
			<input type="checkbox"/> 妊産婦 <input type="checkbox"/> 長期入院 <input type="checkbox"/> 海外在住 <input type="checkbox"/> その他 ()
			<input type="checkbox"/> 妊産婦 <input type="checkbox"/> 長期入院 <input type="checkbox"/> 海外在住 <input type="checkbox"/> その他 ()
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。			
<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border: 1px dashed black; border-radius: 50%; padding: 10px; margin-right: 20px;"> 共済組合 受付印 </div> <div style="text-align: center;"> 令和 年 月 日 所属機関の長 </div> </div>			

- 1 事由欄の□に“レ”を記入し、「その他」に該当する場合は事由の記入をしてください。
- 2 受診券が発行されている場合は、受診券を併せて返納してください。

決 裁 欄					入力日
課 長	課長補佐	係 長	係	担当者	