


特定健康診査受診券等再交付申請書

組合員等 記号・番号	—	所属所名	
組合員氏名		再交付申請する者の 氏名 生年月日 続柄	昭和 年 月 日 配偶者・父・母・その他()
再交付申請を 行う券の名称*	<input type="checkbox"/> 特定健康診査受診券 <input type="checkbox"/> 特定保健指導利用券		
再交付申請 の理由*	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> その他 ()		
送付先*	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 所属所 <input type="checkbox"/> 検診機関 (名称)		
上記のとおり申請します。 <p style="text-align: center;">長野県市町村職員共済組合 理事長 様</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">  </div> <div style="text-align: center;"> 令和 年 月 日 組合員氏名 </div> </div>			

* 該当箇所の□に“レ”を記入し、「その他」の場合は、具体的に記入してください。

決 裁 欄					交付日
課 長	課長補佐	係 長	係	担当者	