

特定健康診査受診券再発行申請書

所属所コード	所属所名	組合員番号	組合員氏名	生年月日
				昭和 平成 年 月 日
該 当 者 氏 名			(続柄)	
再 発 行 申 請 の 理 由 (詳細に記入のこと)				
<p>留意事項</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 再発行後は、紛失・破損又は汚損した受診券は無効となります。紛失・破損又は汚損した受診券を使って受診されると、全額自己負担となる場合がありますのでご注意ください。 ○ 紛失された受診券が見つかった場合はすみやかに当支部までご返却ください。 				
<p>上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">公立学校共済組合秋田支部長</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-end; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: center;"> <p>申請者</p> <p>住所</p> <p>〒</p> <p>氏名</p> </div> <div style="text-align: right;"> <p>印</p> </div> </div>				

※支部使用欄

発行済み受診券整理番号	再発行年月日