

(別紙様式2)

特定健康診査受診券・特定保健指導利用券 交付申請書

※ 該当する方を○で囲んでください。

1 申請事由 新規 ・ 再交付

※ 該当する方を○で囲んでください。

2 交付対象者 ※ 必要事項(下線部)を記載してください。

氏名 _____

生年月日 昭和____年____月____日

組合員証記号番号 公立福島 _____

住所(受診券送付先) 〒____ - _____

電話番号 _____

(日中連絡がつく番号をお願いします)

3 申請理由 _____

上記のとおり申請します。

公立学校共済組合福島支部長

令和____年____月____日

所属名 _____

※ 任意継続組合員の方は「任継」と記載してください。

組合員氏名 _____