

特定健康診査受診券再交付申請書

所属コード					所属所名	
職員番号					組合員氏名	

※再交付対象者氏名

氏名		生年月日	年	月	日
----	--	------	---	---	---

※再交付申請を行う理由

<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>公立学校共済組合岐阜支部長 様</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>組合員 住所</p> <p>氏名(自署)</p>

注意事項

- 1 複数の対象者の再交付を申請するときは、対象者ごとに申請してください。
- 2 受診の際には、被扶養者証が必要となるため、扶養認定されていることが条件となります。