（様式５）

特定健康診査受診券発行申請書

 令和 年 月 日

 公立学校共済組合群馬支部長 様

所属所名

組合員氏名

組合員番号

下記該当者分の「特定健康診査受診券（セット券）」の、発行をお願いします。

記

**１　受診券該当者**

 ・氏　　名 ：

　　　 ・性 別　： 男 ・ 女 （該当に○をつける）

 ・生年月日　： 昭和　　　年　　　月　　　日

**２　発行理由：該当する理由に￮をつける**

・年度途中で加入し、対象となったため　・紛失したため　・その他

　（　　　　　　　　　）

**３　受診券の送付先**

 １）送付先希望：希望の所に○をつけてください

　 組合員所属 ・ 組合員自宅 ・ 該当者自宅・その他

 　　 （ ）

 ２）送付先の郵便番号・住所を正確に記入してください

 　　　〒

住所

＜注意＞

 ・紛失していた受診券が見つかった場合は、必ず返却してください。

 ・不明な点は公立学校共済組合群馬支部健康推進係までご連絡ください。