

特定健康診査受診券（セット券）・特定保健指導利用券再発行願

- 1 再発行を希望するもの ☐ 特定健康診査受診券（セット券）
☐ 特定保健指導利用券
- 2 氏 名 _____
- 3 組合員証番号 公立神奈川 (枝番) _____
- 4 組合員種別 ☐ 短期組合員（所属所名： _____）
☐ 組合員の被扶養者
☐ 任意継続組合員
☐ 任意継続組合員の被扶養者
- 5 再発行理由 _____

上記のとおり、再発行を申請します。

公立学校共済組合神奈川支部長 殿

年 月 日

申請者

住 所 _____

氏 名 (自署) _____

電話番号 _____

※日中ご連絡のつくお電話番号をご記入ください。

- * 裏面の記入例を参照の上、ご記入ください。
- * 再発行願が受理された後は、古い受診券（セット券）・利用券の使用はできません。
- * 古い受診券（セット券）・利用券が見つかった場合は、必ずご自身で破棄をお願いします。

【提出先】

・郵送の場合 〒231-8309 横浜市中区日本大通 5 - 1
公立学校共済組合神奈川支部 健康福利グループ 特定健康診査担当あて

・FAX の場合 (045)664-3816

記入例

特定健康診査受診券（セット券）・特定保健指導利用券再発行願

- 1 再発行を希望するもの ☒ 特定健康診査受診券（セット券）
☐ 特定保健指導利用券
- 2 氏 名 共済 花子
- 3 組合員証番号 公立神奈川 123456 （枝番） 01
- 4 組合員種別 ☐ 短期組合員（所属所名： ）
☒ 組合員の被扶養者
☐ 任意継続組合員
☐ 任意継続組合員の被扶養者
- 5 再発行理由 紛失したため

上記のとおり、再発行を申請します。

公立学校共済組合神奈川支部長 殿

令和● 年 10 月 1 日

申請者

住 所 神奈川県横浜市中区〇一〇
氏 名（自署） 共済 花子
電話番号 080-XXXXX-△△△△
※日中ご連絡のつくお電話番号をご記入ください。

- * 裏面の記入例を参照の上、ご記入ください。
- * 再発行願が受理された後は、古い受診券（セット券）・利用券の使用はできません。
- * 古い受診券（セット券）・利用券が見つかった場合は、必ずご自身で破棄をお願いします。

【提出先】

- ・ 郵送の場合 〒231-8309 横浜市中区日本大通 5 - 1
公立学校共済組合神奈川支部 健康福利グループ 特定健康診査担当あて
- ・ FAX の場合 (045)664-3816