

特定健康診査 受診券交付申請書

提出日:令和 年 月 日

1.交付希望者

組合員等記号番号	公立三重								
交付希望対象者氏名									
電話番号	— —								



2.交付希望理由

☐	紛失・棄損による再交付
☐	定期健康診断及び公立学校共済組合の人間ドックを両方とも受けていない
☐	年度途中で被扶養者となったため、受診券が交付されていない
☐	その他()

↑ 該当する項目に○をしてください。

郵送又はFAXにてこの申請書を公立学校共済組合三重支部へご提出ください。

FAXでご提出いただく場合は、到着確認のため電話連絡をしてください。

受診券は当申請書が共済組合に到着してから約1週間後に登録いただいている自宅宛てに送付します。自宅以外の場所に送付を希望される場合は、余白にその旨を記載してください。

提出先

FAX番号:059-224-2990

郵送先:〒514-0004

三重県津市栄町一丁目954番地 三重県栄町庁舎5F
公立学校共済組合三重支部

担当:公立学校共済組合三重支部 福祉班

TEL:059-224-2989