

特定保健指導 利用券(再)交付申請書

公立学校共済組合大阪支部長 様

令和 年 月 日

下記注意事項を了承し、利用券の交付を申請します。

所 属 所 名 (※※)	(電話番号： — —)		発券種別 いづれかに○		新規 ・ 再発行							
フリガナ			組合員証 記号番号	記号	公立阪			(枝番)				
組合員氏名				番号								
フリガナ			受診者生年月日	昭和 年 月 日								
受診者氏名			受診者が４月１日に加入していた医療保険者名	1、公立学校共済組合大阪支部 2、その他 						いづれかに○ 本人家族		
申 請 理 由 いづれかに○	契約医療機関プラン希望 ・ 紛失 ・ その他 										※その他の場合、交付等の理由を記入してください。	
送付先住所	〒 											
備考												

(※※)任意継続組合員又はその被扶養者の方は、所属所名に任意継続組合員と記入し、自宅又は携帯電話の電話番号を記載してください。

【注意事項】

- ・利用券の発券については、交付申請時に組合員（被扶養者の認定）資格が必要です。
また、発券後、組合員資格が喪失（被扶養者の認定が取消）となった場合は、利用券を使用できません。資格がなくなった時点で、速やかに共済組合又は受診機関にお申し出ください。
- ・今年度、既にドック当日に特定保健指導を開始されている方は、利用券を使用できません。
- ・虚偽申請や不正利用等があった場合、共済組合が負担した費用を返還していただきます。

利用券の再交付については、原則、申請書を受付けた日からおおよそ1週間後に発行します。

※利用券の再発行を受けた後、紛失した利用券が見つかった場合、当初の利用券は使用せず、すみやかに返送してください。

【提出先】 郵送・通送・FAX のいずれかで提出してください。

公立学校共済組合大阪支部 健康福祉グループ

住所：〒540-8571 大阪府大阪市中心区大手前2丁目

電話番号：06-6941-3991（直通）／FAX：06-6941-3672

記入例

特定保健指導 利用券(再)交付申請書

公立学校共済組合大阪支部長 様

令和 8年 12月 7日

下記注意事項を了承し、利用券の交付を申請します。

所属所名 (※※)	大阪府立□△高等学校 (電話番号：06-△△-□□□)		発券種別 いずれかに○	新規・再発行									
フリガナ	オオサカ タロウ		記号	公立阪						(枝番)			
組合員氏名	大阪 太郎		組合員証 記号 番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
フリガナ	オオサカ タロウ		受診者生年 月日	昭和 50 年 3 月 31 日									
受診者氏名	大阪 太郎		受診者が 4 月 1 日に加入し ていた 医療 保険者名	1. 公立学校共済組合大阪支部 2. その他 ()								いずれかに○ 本人 家族	
申請理由 いずれかに○	契約医療機関プラン希望・紛失・その他 () ※その他の場合、交付等の理由を記入してください。												
送付先住所	〒540-8571 大阪府大阪市中央区大手前2丁目 ※送付先を記入してください。												
備考													

(※※)任意継続組合員又はその被扶養者の方は、所属所名に任意継続組合員と記入し、自宅又は携帯電話の電話番号を記載してください。

【注意事項】

- ・利用券の発券については、交付申請時に組合員（被扶養者の認定）資格が必要です。
また、発券後、組合員資格が喪失（被扶養者の認定が取消）となった場合は、利用券を使用できません。資格がなくなった時点で、速やかに共済組合又は受診機関にお申し出ください。
- ・今年度、既にドック当日に特定保健指導を開始されている方は、利用券を使用できません。
- ・虚偽申請や不正利用等があった場合、共済組合が負担した費用を返還していただきます。

利用券の再交付については、原則、申請書を受付けた日からおおよそ1週間後に発行します。

※利用券の再発行を受けた後、紛失した利用券が見つかった場合、当初の利用券は使用せず、すみやかに返送してください。

【提出先】郵送・通送・FAX のいずれかで提出してください。

公立学校共済組合大阪支部 健康福祉グループ

住所：〒540-8571 大阪府大阪市中央区大手前2丁目

電話番号：06-6941-3991（直通）／FAX：06-6941-3672