

特定健康診査受診券交付申請書

令和 年 月 日

公立学校共済組合埼玉支部長 様

所属所名
組合員氏名
組合員番号

下記理由により「特定健康診査受診券」の発行をお願いします。

記

- 発行理由 ※あてはまるものに○をつけてください
紛失のため
被扶養者認定（令和 年 月 日から）されたため
その他（ ）
- 受診券該当者
氏 名
性 別 男 ・ 女
生年月日
- 受診券の送付先
送付先希望 ※希望のところに○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（ ）
- 送付先の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。
- ・受診券の有効期限にご留意ください。期限外の受診はできません。
- ・不明な点は公立学校共済組合埼玉支部（048-830-6703）までご連絡ください