

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

下記のとおり「特定健康診査受診券」の発行を申請します。

記

1 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

年度の途中（令和 年 月 日）から被扶養者認定されたため

今年度75歳の誕生日を迎えるため

その他（ ）

2 受診券交付対象者

氏 名

生年月日

3 受診券の送付先

送付希望先 ※希望のところへ○をつけてください

組合員所属所 ・ 組合員自宅 ・ 受診券交付該当者自宅 ・ その他（ ）

4 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。
- * 交付申請書が受理された後は、古い受診券の使用はできなくなります。
- * 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。

【提出先】 郵送又はFAXでご提出ください

< 郵 送 > 〒330-0063 さいたま市浦和区高砂 3-14-21 職員会館 5 階

公立学校共済組合埼玉支部 厚生担当 宛

< F A X > 048-824-2638