

## 特定健康診査受診券発行願

1 氏 名 \_\_\_\_\_

2 組合員証番号 公立東京 (枝番) \_\_\_\_\_

3 種 別  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

4 有効期限 令和4年1月31日

上記のとおり、発行を申請します。

なお、かがやきメイト健康診断、人間ドックとの重複受診はしません。

公立学校共済組合東京支部長 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。

【提出先】公立学校共済組合東京支部 福利厚生課厚生事業担当

163-8001 東京都新宿区西新宿2-8-1 東京都教育庁福利厚生部内

【電話】03-5320-6821

## 記入例

### 特定健康診査受診券発行願

- 1 氏名 公立 花子
- 2 組合員証番号 公立東京 01234567 (枝番) 01
- 3 種別  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
- 4 有効期限 令和4年1月31日

上記のとおり、発行を申請します。

なお、かがやきメイト健康診断、人間ドックとの重複受診はしません。

公立学校共済組合東京支部長 殿

令和3年10月1日

申請者

住所 東京都新宿区西新宿〇-〇

氏名(自署) 公立 花子

電話番号 090-XXXX-XXXX

※日中ご連絡のつくお電話番号をご記入ください。

【提出先】公立学校共済組合東京支部 福利厚生課厚生事業担当

163-8001 東京都新宿区西新宿2-8-1 東京都教育庁福利厚生部内

【電話】03-5320-6821