

## 特定健康診査受診券・特定保健指導利用券再発行願

- 1 再発行を希望するもの  特定健康診査受診券  
 特定保健指導利用券
- 2 氏 名 \_\_\_\_\_
- 3 組合員証番号 公立東京 (枝番) \_\_\_\_\_
- 4 組合員種別  組合員 (所属所名 : \_\_\_\_\_ )  
 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
- 5 再発行理由 \_\_\_\_\_

上記のとおり、再発行を申請します。

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。

- \* 裏面の記入例を参照の上、ご記入ください。
- \* 再発行願が受理された後は、古い受診券・利用券の使用はできなくなります。
- \* 古い受診券・利用券が見つかった場合は、必ず厚生事業担当までご返却ください。

【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・特定保健指導利用券再発行願

- 1 再発行を希望するもの  特定健康診査受診券  
 特定保健指導利用券
- 2 氏名 公立 花子
- 3 組合員証番号 公立東京 01234567 (枝番) 01
- 4 組合員種別  組合員 (所属所名 : )  
 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
- 5 再発行理由 紛失

上記のとおり、再発行を申請します。

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。

- \* 裏面の記入例を参照の上、ご記入ください。
- \* 再発行願が受理された後は、古い受診券・利用券の使用はできなくなります。
- \* 古い受診券・利用券が見つかった場合は、必ず厚生事業担当までご返却ください。

【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