

## 特定健康診査受診券等再交付申請書

組 合 員 証 号 記 号 番 号	—	所 属 所 名	
組 合 員 氏 名		再交付申請する者の 氏 名 生年月日 続 柄	配偶者・父・母・その他( )
再交付申請を 行う券の名称*	<input type="checkbox"/> 特定健康診査受診券 <input type="checkbox"/> 特定保健指導利用券		
再交付申請 の 理 由*	<input type="checkbox"/> 紛 失 <input type="checkbox"/> その他 (                      )		
送付先*	<input type="checkbox"/> 自 宅 <input type="checkbox"/> 所属所 <input type="checkbox"/> 検診機関 (名称                      )		
<p>上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">長野県市町村職員共済組合 理事長 様</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">  <p>共済組合</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>平成    年    月    日</p> <p>組合員氏名</p> </div> <div style="text-align: right;">  </div> </div>			

\* 該当箇所の□に“レ”を記入し、「その他」の場合は、具体的に記入してください。

決 裁 欄					交付日
課 長	課長補佐	係 長	係	担当者	