特定健康診査受診券等再交付申請書

組合員証 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	年　月　日 配偶者・父・母・その他 （　　）
再交付申請を 行う券の名称*	□ 特定健康診査受診券　　□ 特定保健指導利用券		
再交付申請 の　理　由*	□ 紛失　　□その他（　　）		
送付先*	□ 自 宅　□ 所属所　□ 検診機関（名称　　）		

上記のとおり申請します。

長野県市町村職員共済組合　理事長　様

共済組合
受付印

令和　　年　　月　　日

組合員氏名

＊ 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	