特定健診受診券・特定保健指導利用券再交付申請書

※太枠内は、組合員が必ずすべて記入してください。

申　請　日												
申　請　日	93-					—						
再交付者1						性別		生年月日				
						男・女		昭和　　年　　月　　日				
再交付者2						性別		生年月日				
						男・女		昭和　　年　　月　　日				
再交付者3						性別		生年月日				
						男・女		昭和　　年　　月　　日				
再交付する券 （□に✓）	□ 特定健診受診券 □ 特定保健指導利用券											
再交付理由 （□に✓）	□ 紛　失 □ そ の 他　（　　）											
住　所 （都道府県含む）	〒　　－											
組合員名	印											

【注意事項】

○紛失した券が見つかった場合、速やかに組合に返却してください。

○受診券は年度中に1回のみ使用できます。2回使用することはできません。
　使用した場合、直接ご本人が健診機関に全額をお支払いしていただくことになります。

○年度途中に加入された(資格取得日が4月2日以降)方は「特定健診受診券」の発行
　はできません。

事務処理欄	[本部受付印]	[支部受付印]	[出張所受付印]	摘要欄

本部処理欄	[発送日]

2019.6.2　改定