

地方職員共済組合大阪府支部 御中

### 特定健康診査受診券( 交付・再交付 )申請書

下記理由により、特定健康診査受診券を( 交付・再交付 ) くださるようお願いいたします。

申請年月日： 年 月 日

所 属 名			
被 保 険 者 番 号	●	●	●
組 合 員 氏 名			
被 扶 養 者	氏 名		
	生 年 月 日	昭和	年 月 日
	氏 名		
	生 年 月 日	昭和	年 月 日
	氏 名		
	生 年 月 日	昭和	年 月 日
申 請 理 由 (該当する箇所に○をしてください)	1 資格取得 2 紛失 3 その他 ( )		

#### ※ 地共済処理欄

	交付日	整理番号
旧 受 診 券	年 月 日	
新 受 診 券	年 月 日	