

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：令和 年 月 日

所 属 名											
被 保 険 者 番 号											
組 合 員 氏 名											
受 診 者	氏 名										
	生 年 月 日	昭和									日
	氏 名										
	生 年 月 日	昭和									日
	氏 名										
	生 年 月 日	昭和									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	令和 年 月 日	
新 受 診 券	令和 年 月 日	

記入例

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

「交付」か「再交付」のいずれかを選択してください。

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します。

申請年月日：令和 7 年 10 月 1 日

所 属 名	企画厚生課											
被 保 険 者 番 号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0		
組 合 員 氏 名	大阪 太郎											
受 診 者	氏 名	大阪 花子										
	生 年 月 日	昭和 40 年 1 月 1 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 (											

任意継続組合員の方は、記入不要です。

組合員証(健康保険証)等に記載の番号(枝番を除く10桁)をご記入ください。

受診券の交付・再交付を希望される方の氏名・生年月日をご記入ください。

「資格取得」・「紛失」・「その他」のいずれかを選択してください。「その他」を選択される場合、具体的な理由をご記入ください。

※ 地共済処理欄

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