

特定健康診査受診券等交付申請書

組合員記載欄	交付理由	<input type="checkbox"/> 紛失（盗難） <input type="checkbox"/> 配偶者人間ドックのキャンセル <input type="checkbox"/> その他理由 〔 〕	<input type="checkbox"/> き損
	交付申請を行う券の名称	<input type="checkbox"/> 特定健康診査 受診券 カナ氏名 分（昭和 年 月 日生） <input type="checkbox"/> 特定保健指導 利用券 カナ氏名 分（昭和 年 月 日生）	
	上記のとおり申請します。 大阪市職員共済組合理事長あて 令和 年 月 日 所属所名称 部課署名称 組合員番号 （職員番号） 組合員氏名 連絡先		

- [注]
- 1 交付理由にチェック☑してください。
 - 2 交付理由が“き損”の場合、当該券を添付してください。
 - 3 再交付申請の場合、交付後、紛失した券等を発見されたときは、紛失した券等を速やかにご返却ください。
 - 4 任意継続組合員は、所属所名称、部課署名称の記載は不要です。
 - 5 特定健康診査・特定保健指導は、**年度中1回**の利用となっています。
年度中に複数回利用された場合は、健診・保健指導費用は全額ご本人の負担となります。
 - 6 本申請書を大阪市職員共済組合保健医療係あてに送付（逕送可）してください。

受付日
令和 年 月 日