

## 【記入見本】

あてはまる項目に☑を記入してください。

### 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 特定健康診査 受診券 カナ氏名 <b>キョウサイ ハナコ</b> 分 (昭和 <b>40</b> 年 <b>1</b> 月 <b>1</b> 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 <b>3</b> 年 <b>9</b> 月 <b>1</b> 日	所属所名称 <b>人事室</b> 部課署名称 <b>給与課（共済グループ）</b> 組合員番号（職員番号） <b>1234567</b> 組合員氏名 <b>共済 太郎</b> 連絡先 <b>06-6208-7597</b>	券の発行が必要な方のカナ氏名と生年月日をご記入ください。

- [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（通送可）してください。

受付日
令和 年 月 日