

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	☐ 紛失（盗難） ☐ 配偶者人間ドックのキャンセル ☐ 年度途中資格取得	☐ き損 ☐ 休職中
	交付申請を行う券の名称	☐ 特定健康診査 受診券 カナ氏名 分（昭和 年 月 日生） ☐ 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