

局長		次長		課長		課長補佐		係長		係	
----	--	----	--	----	--	------	--	----	--	---	--

特定健診受診申込書

組合員証記号番号	-	組合員氏名	
組合員 生年月日		組合員住所	〒 -
受診希望者			
氏名		生年月日	
住所	※被扶養者が受診される場合で、組合員住所と異なる場合のみ記入してください。		
	〒 -		

下記日程の特定健診(希望する受診方法に○をし必要事項を記入してください。)の受診を希望します。

① 特定健診実施健診機関(病院・健診センター等)で受診
健診実施日:令和 年 月 日()
健診機関名:()

② 市町村が実施する住民健診により受診
健診実施日:令和 年 月 日()
実施市町村:()

※ 1 この申込書を共済組合に提出することにより、健診の受診券が組合員宛に送付されます。
※ 2 共済組合の発行する受診券がないと受診できませんのでご注意ください。
※ 3 健診実施日の2週間以上前に提出してください。
※ 4 この申込書により交付させる受診券は、高知県外での特定健診受診には対応していませんのでご了承ください。

上記のとおり申し込みます。

高知縣市町村職員共済組合 理事長 様
令和 年 月 日

組合員氏名

※組合員氏名欄は自署でお願いします。

※退職福祉部への人間ドック申し込みは別途必要になります。