

特定健康診査受診券交付申請書

組合員証	記号	組合員氏名	所 属
	番号	生 年 月 日	機 関 名
受診者区分	1 組合員の被扶養者	氏 名	
	2 任意継続組合員	生 年 月 日	年 月 日
	3 任意継続組合員の被扶養者	共済組合加入 (認定)年月日 (注)	年 月 日
	(該当番号に○印を付けてください)	共済組合脱退 (喪失)予定年月日 (注)	年 月 日
申請条件	<p>1 特定健康診査受診日において、愛媛県市町村職員共済組合(以下「組合」という。)の組合員またはその被扶養者であり、かつ40歳以上75歳未満であること</p> <p>2 受診日の属する年度中の組合加入者または脱退者について、加入前に特定健康診査、事業主健診もしくは人間ドック(以下「健診」という。)のいずれも受診していない、または脱退後に健診を受診する予定がないこと</p> <p>3 この申請による特定健康診査を受診したときは、受診日の属する年度中は組合が実施する人間ドック等利用助成または短期組合員等人間ドック利用助成の利用はできないこと</p>		
<p>上記の申請条件に該当しますのでこれに同意のうえ上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">愛媛県市町村職員共済組合理事長 殿</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住 所 組 合 員 氏 名</p>			
<p>上記の記載事項に誤りがないこと、及び組合員期間を確認しました。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">職 名 所 属 所 長 氏 名</p>			

注 受診日の属する年度中に本組合に加入したとき、または脱退するときは、その年月日を記入してください。