

起案	・	・	課長	副課長	主幹	副主幹	係
決裁	・	・					
施行	・	・					

<記入例>

特定保健指導利用券再交付申請書

令和 5 年 7 月 1 日

兵庫県市町村職員共済組合 様

下記のとおり特定保健指導利用券の再交付を申請します。

利用者の氏名 神戸 三郎

1. 利用者の生年月日

昭和 45 年 12 月 15 日

2. 組合員被扶養者証、任意継続組合員証または任意継続組合員被扶養者証の記号・番号

記号	751	番号	789
----	-----	----	-----

3. 再交付を申請する理由

紛失のため

4. 利用券の送付先（所属所・自宅のいずれかを○で囲んでください。）

所属所 ・ 自宅

\* 利用券の送付先が自宅の場合、住所・電話番号を記入してください。

(住所) 〒 651 - ○○○○
神戸市垂水区○○町○○番地
(電話番号)
078 - ○○○ - ○○○○