

※共済組合使用欄

R 2年度用

決 裁	事務局次長	係長	係員

福岡市職員共済組合 はりきゅう受療証交付申請書

組 合 員	組合員証	記号	番号	氏名		
	所属	(局・室・区) (部) (課) (電話)				
受療証の 交付対象者	氏名		続柄		生年月日	年 月 日生
	氏名		続柄		生年月日	年 月 日生
	氏名		続柄		生年月日	年 月 日生
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>(あて先) 福岡市職員共済組合理事長</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">組合員 住所(※任意継続組合員の方は、必ずご記入ください)</p> <hr style="width: 100%;"/> <p style="text-align: right;">氏名 印</p> <hr style="width: 100%;"/> <p style="text-align: center;">(署名または記名押印をお願いいたします。)</p>						

《 注 意 事 項 》

1. 受療証の交付対象者は福岡市職員共済組合の組合員及び被扶養者の方です。
2. 受療証の有効期限は発行年度の3月末までです。
3. 組合員及び被扶養者の資格を喪失したとき、また有効期限を過ぎたときは、当組合まで受療証をご返却ください。