

特定健康診査受診券申込書

常務理事	事務長	係 員

事業所名					
所属部署名					
保険証 記号・番号	記 号		番 号		
フリガナ					
被保険者名					
フリガナ		性 別	生 年 月 日		続 柄
利用 者 名		男 ・ 女	昭和 平成 令和	年 月 日	
利用者住所	〒 ー				
電 話 番 号					

上記のとおり特定健診の利用を申し込みます。

【特定健診を申込みできる方】

- ・当該年度4月1日の時点で、当健保組合に加入している方
- ・当該年度内において、40歳～75歳未満の加入者
- ・受診日において、当健保組合の資格を喪失された方は申込みできません。
- ・当該年度内において、「人間ドック」・「巡回健診」・「特定健診」のいずれかを受診している場合は申込みできません。