

常務理事	事務長	医療施設課長	医療施設係長	医療施設主任	医療施設係

NO. _____

特定健診受診券申請書

事業所記号 _____

保険証番号	氏名	保険証番号	氏名
本人・家族別	生年月日	本人・家族別	生年月日
	フリガナ		フリガナ
本人・家族	昭和 年 月 日	本人・家族	昭和 年 月 日
	フリガナ		フリガナ
本人・家族	昭和 年 月 日	本人・家族	昭和 年 月 日
	フリガナ		フリガナ
本人・家族	昭和 年 月 日	本人・家族	昭和 年 月 日
	フリガナ		フリガナ
本人・家族	昭和 年 月 日	本人・家族	昭和 年 月 日
	フリガナ		フリガナ
本人・家族	昭和 年 月 日	本人・家族	昭和 年 月 日
	フリガナ		フリガナ
本人・家族	昭和 年 月 日	本人・家族	昭和 年 月 日

上記のとおり特定健診受診券を申請いたします。

事業所
所在地
名称
事業主名 _____

【この申請書について】

1. 集合契約を利用して特定健診を受診する場合に申請をしてください。但し、指定健診（検診） 機関で受診される場合、この申請書の提出は不要です。
2. 氏名のフリガナは必ずお書きください。
3. 本人・家族は○をつけてください。
4. 特定健診を受診する時は、後日お送りする『特定健康診査受診券』と被保険者証を窓口に提出してください。
5. 特定健診受診券発行前に一般・生活・特定健診を受診されてる方には、発行できません。
6. ご不明な点がございましたら組合医療施設課までご連絡ください。(TEL052-882-9686)