

市区町村集合Bタイプ専用

常務理事	事務局長	部長	課長	係長	係

平成29年度 特定健康診査受診券 申請書

- ・ この用紙は市区町村主催の特定健診を受診するために必要な「受診券」の発行を申請するものです。
- ・ この用紙を健診機関に持参頂いても特定健康診査は受診できません。

必要な範囲での個人情報の提供について同意のうえ、申し込みます。 申込日 平成 年 月 日

健康保険証		事業所名			
記号	番号				
		被保険者氏名	(印)		
フリガナ		性別	続柄	生年月日	
受診者名		1. 男 2. 女	家族	昭和	年 月 日

住 所 (受診券送付先)	電話番号(日中の連絡先)
(〒 -)	()

医療機関名 または 受診場所	所在地	都 道 府 県	市 区 町 村
健診予定日	平成 年 月 日	※ 予約してから申請してください。健診日等が未記入の場合は、受付できません。	

注意事項

- 平成29年度(4月から翌年3月まで)に他の医療機関で健康診断(生活習慣病検査・巡回婦人健診・人間ドック・特定健診等)を受診された方、または、受診予定のある方、健診日に資格喪失している方(当健保組合の保険証をお持ちでない方)は、受診券の申請(発行)ができません。
また、受診券の発行は年度内お一人様1回に限ります。
- 特定健康診査には、各種がん検診は含まれておりません。
- 健診当日にお支払いいただく額は、「健診費用の総額」から「当健保組合が補助する金額(5,000円)」を差し引いた額となります。健診費用の総額は健診機関ごとに異なりますので、お支払いいただく額も一律ではございません。

[健保組合受付印]