

特定健診受診申込書

※ この申込書は、当組合が個別に契約している健診機関にて特定健康診査受診券を利用することができない場合にのみご利用ください。
 特定健診は原則、特定健康診査受診券で受診頂く形になります。
 受診券が必要な方は特定健康診査受診券交付申請書により申請ください。

事業所名		健康保険被保険者証の記号・番号	記号	番号									
被保険者氏名	(フリガナ)	男 女	生 年 月 日	昭和	年	月	日						
				平成									
受診者氏名	(フリガナ)	男 女	生 年 月 日	昭和	年	月	日						
住 所	〒	電 話 ()			—								
	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>												
健診機関名													
健診日	令和 年 月 日 (曜日)						予 約 済 欄						
	※必ず健診機関に事前予約した上での決定日を記載下さい												
備考													

- ※ 健診機関に直接連絡し、確定した日付を健診日欄に記載の上、予約済欄に○印をご記入ください。
- ※ 健診結果報告書は、健診機関から受診者と健康保険組合に送付されます。また、健診の結果、メタボリックシンドロームのリスクに応じて、特定保健指導を実施いたします。
- ※ 同一年度（4月から翌年3月）に、[人間ドック][節目健診][基本健診][婦人健診][特定健診]の内、2以上の健診を受けられた場合は、最初に受けられた健診のみを補助の対象といたします。残りは実費扱いとなりますのでご了承ください。