

常務理事	事務長	課長	係長	係	決裁
					令和 年 月 日
					施行
					令和 年 月 日

特定健康診査受診券交付申請書

被保険者証 記号・番号	—		事業所 名称	
被 保 険 者	氏 名			
	生年月日	昭 和 ・ 平 成 年 月 日		
受診券交付を希望 する者の氏名	氏 名			
	生年月日	昭 和 年 月 日		
	男 ・ 女	被保険者との続柄		
受診券送付先住所	〒 —			
受診予定場所			都 道 区 府 県 市 郡	
<p>上記のとおり特定健康診査受診券の交付を申請いたします。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>大阪菓子健康保険組合理事長 殿</p> <p style="text-align: center;">〒 —</p> <p style="text-align: center;">被保険者 住所</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p style="text-align: right;">㊞</p>				

※ 当組合の人間ドック・基本健診・婦人健診、節目健診等を受ける場合、この申請書は使用しないでください。(所定の申込書でお申し込みください)