

特定健診申込書

※健診の補助は**年度内1回**です。

※**受診日の2週間前**までに提出してください。(土日祝日、GW、年末年始を除く)

※受診日現在、被扶養者(配偶者を除く)で、令和7年3月31日現在40歳～75歳以下の方が対象となります。

※別表3に載っている健診機関の特定健診(Eコース)のみ対象となります。

※年度末とは、令和7年3月31日をいいます。

実施健診機関	1. 契約健診機関 (別表3) 【Eコース】	健診機関コード	900 -
		名 称	

受診者情報	被保険者等記号	被保険者等番号						
	氏名	生年月日	昭和	年	月	日	性別	男 女
	続柄	1. 父	2. 母	3. その他	()			
	住所	〒	-	TEL	-	-		
	受診予定日	令和	年	月	日			

令和 年 月 日 提出

事業所名

(フリガナ)

被保険者名

申込書送付後、2週間以内に健保組合よりご自宅に「東振協専用健診受診カード」が届きます。

届かない場合は保健事業課(TEL03-3377-1322)までご連絡ください。

受付印