

特定健診申込書

様式⑥

※健診の補助は年度内1回です。

記入例

出してください。(土日祝日、GW、年末年始を除く)
者を除く)で、令和〇年3月31日現在40歳～75歳以下の方が対象となります。
の特定健診(Eコース)のみ対象となります。
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 - 12345
		名称	一般財団法人 ○○健診センター

受診者情報	被保険者等 記号	9876	被保険者等 番号	54321	年度末年齢を記入		
	氏名	ケンポ ハナコ		生年月日	昭和 ○ 年 5 月 20 日	性別	男
		健保 花子			(年度末年齢 70 歳)		女
	続柄	1. 父 2. 母 3. その他 ()					
	住所	〒 100 - 0000		TEL	090 - ×××× - ××××		
東京都新宿区○○ ×-× △△マンション×××号							
受診予定日	令和 ○ 年 5 月 9 日						

受診される方の住所等を記入

令和 ○ 年 4 月 7 日 提出

事業所名 株式会社 ○○○○

被保険者名 健保 太郎

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