

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を利用する場合にご使用ください。
当組合の契約健診機関を利用することができない場合、特定健康診査受診券交付申請書によりお申し込みください。

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 平成	年 月 日
受診者氏名	(フリガナ)				男 女	生 年 月 日	昭和	年 月 日
住 所	〒							電 話 () -
健診機関名								
健診日	第1希望	令和	年	月	日 (曜日)	備考欄		
	第2希望	令和	年	月	日 (曜日)			
健康保険組合 使用欄	決 定 日	令和	年	月	日 (曜日)			

- ※ 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。
- ※ 健診日は第1希望・第2希望ともご記入ください。
なお、健診機関に直接連絡されて健診日が確定の場合は、健診日を第1希望日欄に記入の上、備考欄に「予約済み」とご記入ください。
- ※ 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。