

特定健康診査受診券を利用して特定健診を受診される方は、以下に必要事項を記入し、申請してください。

特定健康診査受診券 発行申請書

被 保 険 者 情 報	記 号	番 号
	保険証記号・番号	
	被 保 険 者 氏 名	
	連 絡 先 電 話 番 号	(自宅) (携帯)

※被保険者本人(従業員除く)の分も必要な場合は、下記に必ずご記入ください

特 定 健 康 診 査 受 診 券 が 必 要 な 方	● 一人目 氏 名	
	送 付 先 住 所	〒
	● 二人目 氏 名	
	送 付 先 住 所	〒
	● 三人目 氏 名	
	送 付 先 住 所	〒
受 診 予 定 時 期	● 一 人 目	月 頃 受 診 予 定
	● 二 人 目	月 頃 受 診 予 定
	● 三 人 目	月 頃 受 診 予 定

※ 健診結果により、特定保健指導の対象者と判定された方には委託先である(株)ベネフィット・ワンより、保健指導(無料)の案内を送付しますのでご了承ください。

※ 受診者が4人以上の場合は、申請書をコピーしてご利用ください。

受付年月日