

常務理事	事務長	課長	担当者

特定健診受診券発行申請書

保険証表の上部記載の記号と番号をご記入ください。

保険証表に記載されている被保険者本人の氏名をご記入ください。

受診券を希望する者の氏名・性別・生年月日をご記入ください。

受診券の希望する送付先に✓をし、その住所を記入してください。

被保険者に対する受診者の続柄をご記入ください。

被保険者の勤務先である事業所を記入してください。

被保険者 記号番号	○△□× - △×◎	フリガナ 被保険者 氏名	ケンボ タロウ 健保 太郎	
フリガナ 受診者 氏名	ケンボ タロウ 健保 太郎	性別	続柄	本人
受診者 生年月日	昭和○○年△△月××日生	電話番号	×××-△△△-○○○○	
受診券 送付先 住所	〒□□□-□□□□ 埼玉県○○市△△-×-□-◎		<input checked="" type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 事業所
事業所 名称	(医) ○△□病院			

上記のとおり受診券の発行を申請します。

年 月 日

埼玉県医師会健康保険組合 殿

受診に際しての注意事項

1. 特定健診の受診対象者は、40歳（実施年度中に40歳になる者）から75歳に達する（実施日において75歳未満の者に限る）被保険者及び被扶養者が対象となります。
2. 同一年度に健康診査費の助成を受けた方は、集合契約による特定健診を受けられません。また、集合契約による特定健診を受けた方は、健康診査費の助成は受けられません。
3. 受診を希望する医療機関に予約をする際は「集合契約による特定健診を受けたい」とお伝え下さい。
4. 申請書に記載された個人情報は、個人情報保護法並びに組合規程を遵守し、特定健診・特定保健指導以外に使用することはありません。

郵送又はFAXにて当健保組合まで申し出て下さい。

住所 〒330-0062 埼玉県さいたま市浦和区仲町3-5-1 ☎048-832-7882

FAX 048-832-7818

受診券整理番号	
---------	--