常務理事	事務長	課長	担当者

特定健診受診券
特定保健指導利用券 再発行申請書

該当する券種・原因に✔をしてください。

保険証表の上部記載の記号と番号をご記入ください。

再発行を希望する者の氏名・性別・生年月日をご記入ください。

希望する送付先に✔をし、その住所を記入してください。

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。

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。任意継続の方は任意継続とご記入ください。

再発行の種類	☑ 受診券　　☐ 利用券			
再発行の原因	☑ 滅失　☐ き損　☐ その他（　　）			
被保険者記号番号	○△□× － △×◎	フリガナ 被保険者氏名	ケンポ　タロウ 健保　太郎	
フリガナ 申請者氏名	ケンポ　ハナコ 健保　花子	性別 男・女	続柄	妻
申請者生年月日	昭和○○年△△月××日生	電話番号	×××－△△△－○○○○	
送付先住所	〒□□□-□□□□ 埼玉県○○市△△－×－□－◎		☑ 自宅 ☐ 事業所	
事業所名称	（医）○△□病院			

上記のとおり再発行を申請します。　　年　　月　　日

埼玉県医師会健康保険組合　殿

再発行に際しての注意事項

1．初回交付の券が見つかった場合、再交付分と合わせて複数枚の券が手元にあることになりますが、使用できるのはいずれか一方を１回限りです。
　※もう一方は組合に返却してください

2．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。

3．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。

4．健診・指導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」または「集合契約による特定保健指導を受けたい」とお伝え下さい。

5．受診券・利用券ともに、使用できるのは被保険者資格を有する方であり、記載の有効期限内においてのみです。（健康保険の資格喪失後は使用できません）

6．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