

被扶養者限定

医師会健保埼玉県コバトン健康マイレージ
「健診情報申出書」

提出日 令和 年 月 日

記号	番号	健診受診者氏名（コバトン登録ニックネーム）	
		()	
生 年 月 日		年 齢	連 絡 の 取 れ る 電 話 番 号
昭・平 年 月 日		歳	- -
住 所	〒		

受診日と医療機関名を記載して下さい。

健 診 ・ 特 定 健 診 の 受 診 日	受診された医療機関名
令和 年 月 日 受診	

申出期限 12月末

（健診情報申出書の提出及び、限定ポイントについて）

- 健診情報申出書は健診を受けた被扶養者本人が申出して下さい。
- 被扶養者限定ポイント付与については、4月から10月末までの健診受診者が12月末までに「健診情報申出書」を組合に提出し、確認できたものに限りです。また、対象となる健診は①当組合の健康診査費助成金（30歳以上対象）の助成対象となる健診、②当組合発行の特定健診受診券（40歳以上対象）を利用した健診となります。①と②に該当しない健診については、ポイント付与の対象となりません。
- 対象期間内の申出は1回限りとします。

【提出先】
〒330-0062
埼玉県さいたま市浦和区仲町3-5-1
埼玉県医師会健康保険組合
コバトン係
TEL 048-832-7882
FAX 048-832-7818