

決 議 欄	常務理事	事務長	係

(40歳以上の被扶養者)

特定健診受診申込書

被保険者の 記号番号	—	被保険者の氏名  生年月日	年 月 日	男  女
受診者の氏名  生年月日	年 月 日 才	受診者の住所	〒  Tel	
受診医療機関名				
受診予定日	年 月 日			
受診医療機関住所	〒  Tel			
確認欄				
<input type="checkbox"/> 右記を確認のうえ、 ✓を付けてください	<p>この届出については、①または②の要件を満たしたものである。</p> <p>①申請者本人(被保険者)が作成したものである。</p> <p>②記載内容については誤りがないか申請者本人(被保険者)が確認している。</p>			

提出順序 本人 ⇒ 健康保険組合

平成 年 月 日  
上記のとおり特定健診の受診を行なうことを申請いたします

文化シャッター健康保険組合殿  
( 健保組合が受診申込書を受付後受診券を発行します、受診券を医療機関に提示してください。)