**特定健診申込書**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **保険証記号** | |  | **保険証番号** | |  | |
| **事業所名** | |  | | | | |
| **被保険者名** | |  | | | | |
| **受　　診者** | **フリガナ** |  | | **続　柄** | |  |
| **氏　　名** |  | |
| **生年月日** | **昭和　　　年　　　月　　　日** | | **年　齢** | | 歳 |
| **住　　所** |  | | | | |
| **電話番号** | **（　　　　　　）** | | | | |
| **集合契約医療機関で受診の場合は①、集合契約医療機関以外で受診の場合は②にご記入ください。** | | | | | | |
| **①** | **集合契約　医療機関名** | **健診機関番号(10ケタ)**  **電話番号　　　（　　　）** | | | | |
| **②** | **集合契約以外の医療機関名** | **電話番号　　　（　　　）** | | | | |
| **健　診　日** | | **年　　　　月　　　　日** | | | | |
| **備　　　考** | |  | | | | |

**①　40歳以上（年度内40歳到達者含む。）の被保険者及び被扶養者が対象です。**

**②　この申込書は、健診日を予約後、組合へ郵送又はFAXでお送りください。**

**③　集合契約医療機関は、組合ホームページの「集合契約医療機関一覧表」に掲載しております。**

**④　集合契約医療機関で受診の場合は受診券を交付いたします。**

**⑤　集合契約以外の医療機関で受診される場合は、後日、組合から補助金請求書類を送付いたします。**

印刷製本包装機械健康保険組合

〒135-8318

東京都江東区毛利２－６－５

TEL　03-3634-0048

FAX　03-3634-0428