

特定健康診査受診券申込書

特定健康診査対象者は40歳～74歳までの被保険者及び被扶養者です。

被保険者の記号・番号	—
フリガナ	
氏名	(本人 ・ 家族)
性別	男 ・ 女
生年月日(和暦)	年 月 日
郵便番号	—
住所	
電話番号	() —
「受診券」の希望送付先を○で囲んでください。	事業所 自宅
※埼玉県以外の医療機関リストが必要なおきのみ記入してください	都道府県 市区町村

※ 組合使用欄

受付印	受診券発送日	受診券発送先	受診券番号
	/	事 本	
	備 考		