

# 健康保険 特定健康診査受診券(セット券)申請書 被扶養者(申請者)記入用

記入方法および添付書類等については、裏面の「記入例」をご確認ください。

被扶養者(申請者)情報	被扶養者の情報をご記入ください。被保険者(ご本人)に対して「特定健康診査受診券(セット券)」は発行していないため申請できません。		
	記号(左づめ)	番号(左づめ)	生年月日
	記号・番号	<input type="text"/>	<input type="text"/> 1.昭和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 2.平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	個人番号 (マイナンバー)	<input type="text"/>	記号・番号をご記入(印字)された場合は個人番号(マイナンバー)のご記入は必要ありません。(記入(印字)された場合は本人確認書類等の添付が必要になります。)
	氏名 (カタカナ)	<input type="text"/> 姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。	
	氏名	<input type="text"/>	
郵便番号 (ハイフン除く)	<input type="text"/>	電話番号 (ハイフン除く)	<input type="text"/>
住所	都 道 府 県		

被保険者情報	氏名	<input type="text"/>
	生年月日	<input type="text"/> 1.昭和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 2.平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	勤務先	<input type="text"/>

送付希望先	上記被扶養者(申請者)情報にご記入された住所と別のところに送付を希望する場合にご記入ください。			
	郵便番号 (ハイフン除く)	<input type="text"/>	電話番号 (ハイフン除く)	<input type="text"/>
	住所	都 道 府 県		
	宛名	<input type="text"/>		

**<注意事項>**  
1.この用紙は「申請書」となりますので健診機関にご持参いただいても特定健康診査は受診できません。  
2.この用紙は新たに扶養家族となった方、もしくは「特定健康診査受診券(セット券)」を紛失した方などが、「特定健康診査受診券(セット券)」の発行を申請するためのものです。

※申請書に記載された個人情報は、「特定健康診査受診券(セット券)」発行にかかる事務処理、発行情報の管理および特定の個人が識別されることのない方法での統計を実施するときに限り使われます。

以下は、協会使用欄のため、記入しないでください。

MN確認	<input type="checkbox"/>	1. 記入有(添付あり) 2. 記入有(添付なし) 3. 記入無(添付あり)
------	--------------------------	--

<input type="text"/>							
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

受付日付印
-------

(2026.1)