

(様式1)

全国健康保険協会管掌 健康保険 特定健康診査受診申込書(法第3条2項被扶養者用)

下記のとおり特定健康診査を申し込みます。

平成 年 月 日

全国健康保険協会 千葉支部長 あて

ご住所・お名前

〒 ー

受診者住所

受診者氏名

電話番号

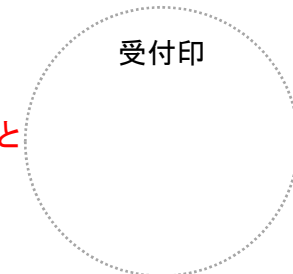
健康保険日雇特例被保険者手帳の記号番号
市町村名(年度)番号

○健診における保険者の費用負担は、本年度において受診者1人1回に限ります。

受付番号 (記入不要)	フリガナ	性別	生年月日	健診を受ける日	健診機関名	
	氏名				健診機関コード(10ケタ)	
		男	昭和 年 月 日	平成 年 月 日		
		女				

【申込方法】

- ① お名前、住所、電話番号を記入してください。
- ② お手元にごさいます健康保険日雇特例被保険者手帳の記号番号を記入してください。
- ③ 予約した健診機関名と健診機関コード(10桁)を記入してください。
- ④ この申込書を「日雇特例被保険者手帳(印紙貼付の余白のあるもの)または「受給資格者票(両面)」のコピーと一緒に下記協会けんぽ千葉支部宛て郵送してください。



〒260-8645 千葉市中央区富士見2-20-1 日本生命千葉ビル9階
全国健康保険協会 千葉支部 (電話 043-308-0525)

*この健診結果は、受診者自身の今後の健診・治療及び保健師等による保健指導(特定保健指導を含む)・健康相談を受けるとき並びに特定の個人が識別されない方法で統計・調査研究を実施するときに使われます。