

特定健診受診券（セット券）申請書

受診券を紛失されてお手元がない方は、以下をご記入のうえ、協会けんぽ兵庫支部までご郵送ください。

健康保険の 記号・番号	記号	番号	生年月日	
	左詰め □□□□□□□□	左詰め □□□□□□□□	昭和 □□年□□月□□日	
個人番号 (マイナンバー)	※記号番号を記入した場合はマイナンバーの記入は不要です □□□□ □□□□ □□□□		記号・番号を記入（印字）された場合は個人番号（マイナンバー）の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。	
受診者氏名	(フリガナ)		性別	<input type="checkbox"/> 男
				<input type="checkbox"/> 女
受診券送付 希望の住所	(〒 -)			
日中連絡が つく電話番号	TEL ()			
被保険者氏名				

留意事項

年度内(4月～3月)お一人様1回に限り、協会けんぽが特定健診費用を補助します。誤って2回受診されますと、後日請求されます。ご注意ください。

申請書郵送先

〒651-8512
 神戸市中央区磯上通7-1-5
 三宮プラザEAST
 全国健康保険協会兵庫支部 保健グループ 宛

(受付印)