

# 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。

被保険者証の	記号	番号	生年月日	
	左詰め	左詰め	昭和	年 月 日
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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)