

任意継続家族用

特定健康診査は、ご家族(被扶養者)で40歳から74歳までの方を対象としております。
ご本人(被保険者)で35歳から74歳までの方は生活習慣病予防健診が対象となります。

特定健康診査受診券(セット券)申請書

申請日：令和 年 月 日

保 険 者 番 号	01130012		
記 号	50000013	番 号	
フリガナ			
被扶養者氏名 (自署)			
被扶養者別	男・女	被扶養者の生年月日	昭和 年 月 日
住 所	〒 -		
	都 道 府 県		
	電話番号 ()		
	(日中の連絡先) 電話番号 ()		
被 保 険 者 氏 名			
※ 送 付 希 望 先 (上記と同じ場合はご記入不要です)	〒 -		
	都 道 府 県		
	(宛名)		

お持ちの保険証のイメージ



こちらに記されている資格喪失予定年月日が今年度末日(3月31日)以前の
場合は、その年月日の前日までが受診できる期間となります。
それまでに受診を終えていただきますようお願いいたします。

- この用紙は「申請書」ですので健診機関にお持ちいただいても特定健康診査は受診できません。
- 任意継続ご家族(被扶養者)の保険証を確認しながら記入してください。
- 申請書を協会けんぽにご提出いただいた後、受診券を送付いたしますので、契約健診機関で予約をお願いいたします。当該受診券は任意継続の扶養解除日の前日までご利用いただけます。
- 協会けんぽ(保険者)の補助は、本年度中受診者1人1回に限りです。
- 申請書に記載された個人情報(「特定健康診査受診券(セット券)」発行に係る事務処理、発行情報の管理及び特定の個人が識別されない方法での統計を実施するとき)に限り使われます。