

任意継続家族用

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)		

受診する方

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。受診券の申請は不要です。

保険証イメージ

健康保険被保険者証
家族(被扶養者) 01234
令和3年6月1日 交付
記号 50000013 番号 000000
氏名 健保 花子
生年月日 昭和49年5月24日
性別 女
認定年月日 令和3年6月1日
被保険者氏名 健保 太郎
任意継続被扶養者
資格喪失予定年月日 令和5年6月1日
保険者番号 01130012
保険者名称 全国健康保険協会 支部
保険者所在地 〇〇市〇〇区〇〇町〇-〇-〇

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。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。

○協会けんぽの補助は、本年度中受診者1人1回に限ります。

○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。