

特定健康診査受診券交付申請書

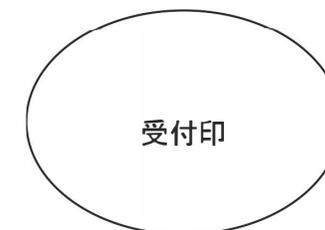
神奈川県食品製造健康保険組合 御中

*組合記入欄	伺日	令和	年	月	日
	発行日	令和	年	月	日
	発送日	令和	年	月	日
	発行NO				
	常務理事	事務長	課長	扱者	

健康保険被保険者等		被保険者の氏名		事業所			
記号	番号	姓	名	名称			
				所在地			
受診者の氏名		生年月日		性別	続柄	備考	
姓	名	昭和 年 月 日		男・女			
受診者の住所（受診券の送付先）							
〒	—					電話	()
住所地以外で受診を希望する場合の地域		() 都道府県 () 市区町村					

上記のとおり、特定健康診査受診券の交付を申請します。
 なお有効期限が過ぎた時、また資格を喪失（扶養を削除）した時にはただちに返納します。

記入日：令和 年 月 日



受付印

(R3.4)

* 裏面の注意事項をご確認のうえ、ご記入ください。

申請にあたっての注意事項等

- * この申請書は当組合の被扶養者が特定健康診査を受診するときに必要な「受診券」の発行を申請するためのものです。
- * 当該年度末40歳未満の方はお申込みいただけませんのでご注意ください。
- * 申請書に記入のうえ、郵便またはFAXにて組合にご提出ください。事業所を経由しても差し支えありません。
- 送付先 〒220-0011 神奈川県横浜市西区高島2-12-6 ヨコハマ・ジャスト1号館7階
FAX : 045-453-6387
- * 特定健康診査を受診した方は、同一年度内の人間ドック・生活習慣病の補助金は受給できません。
また人間ドック・生活習慣病で補助金を受給した方は、同一年度内に特定健康診査を受診することはできません。
- * 特定健康診査を受診できる機関については、こちらで検索ください。
<https://hoken.kenporen.or.jp/Kensin/>

