

特定健康診査受診券申請書 400

※この券は申し込み用ですので、健診機関に持参しても特定健康診査は受診できません。

私は下記のとおり、特定健康診査受診券の発行を申請します。

申請日：平成 年 月 日 受診年度 2018・30年度
(有効期限：2019・平成31年2月28日※)

特定健康診査受診者	フリガナ		性別	女 ・ 男
	受診者名			
	生年月日	昭和 年 月 日		
	住所	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 都 道 市 郡 府 県 区 _____ _____ _____		
	連絡先	電話 () - FAX () -		
被保険者	記号		事業所	(注1)
	番号		所属	
	氏名	_____ _____ _____		

受付日付

KK4003003W

・再交付 (再交付申請のときは、再交付の文字を○で囲んで下さい。)

(注1) 任意継続被保険者の方は「任継」とお書きください。

1. 申請書は一人1枚です。受診者が複数の場合コピーしてお使いください。

2. 発行履歴 枚・受診券No. _____・受診券整理番号1810 _____

※この申請書はご本人の同意なく本目的以外に使用いたしません。

南海電気鉄道健康保険組合