

特定保健指導等利用券申請書 402

※健康保険組合へ御相談願います。

※この券は申し込み用ですので、保健指導機関に持参しても特定保健指導等は利用できません。

※特定保健指導対象者様へ、こちらからご連絡させていただく場合があります。

私は下記のとおり、特定保健指導利用券の発行を申請します。

「**動機づけ支援**」又は「**積極的支援**」2タイプの保健指導を最後まで利用します。

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※)

特定保健指導利用者	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 ()	—		
実施希望日	※具体的な日程等は、後日ご相談させていただきます。 第1希望日 平成 年 月 日 () 第2希望日 平成 年 月 日 () (赤尾クリニックの場合、秋生活習慣病検診時にお問い合わせする場合があります。)				
実施予定機関名			連絡先等		
被保険者	記号			事業所	(注1)
	番号			所属	
	氏名			受 付 日 付	

KK4023003W

・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. _____・利用券整理番号、動機1830 _____、積極1820 _____

※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。