

京三製作所健康保険組合 宛

郵送先：〒230-0031 神奈川県横浜市鶴見区平安町2-29

FAX：045-505-5601

\* 特定健康診査受診券を利用して特定健診を受診される方は、以下の必要事項に記入し、申請してください。  
(ベネフィットワン・ヘルスケア健診機関以外で受診希望の方)

被扶養者・任意継続者(40歳～74歳)

## 特定健康診査受診券 発行申請書

申請日： 年 月 日

私は下記の通り、特定健康診査受診券の発行を申請します。

被 保 険 者 情 報	保険証記号・番号	記 号		番 号		生年月日				
						昭 和 平 成	年	月	日	
	被 保 険 者 氏 名									
	連 絡 先 電 話 番 号	(自宅)						(携帯)		

※任意継続者の方で、本人の分も必要な場合は下記にもご記入下さい。

特 定 健 診 受 診 券 が 必 要 な 方	一人目：受診者名(続柄)	( )								
	送付先住所	〒								
	二人目：受診者名(続柄)	( )								
	送付先住所	〒								
	三人目：受診者名(続柄)	( )								
	送付先住所	〒								

### <注意>

- \* 受診券がお手元に届いてから健診機関に予約をしてください。
- \* 受診券を持たずに受診した場合は、全額自己負担となりますのでご注意ください。
- \* 中途入社の方、被扶養者の方は、受診券の発行に時間を要する場合がございます。あらかじめご了承ください。

受付年月日

常務理事	事務長	担当