

## 特定健康診査受診券発行依頼書

クラシエ健康保険組合 御中

下記のとおり特定健康診査受診券の発行を依頼します。

令和 年 月 日

被保険者証記号・番号		—		
被保険者	氏名		事業所名称	
受診者	氏名		被保険者との続柄	
	生年月日	昭平 年 月 日	<input type="checkbox"/> 今年度、人間ドックは受診していません。 ※チェックできない方は受診券を発行することができません。	
受診券の送付先		〒  (電話番号 )		

注：この受診券で特定健康診査(特定健診)を受診された方は、今年度、人間ドック補助を受けることができません。  
また、既に人間ドック補助を受けた方にはこの受診券を発行することができません。

送付先	〒541-0053 大阪市中央区本町2-1-6 堺筋本町センタービル2F クラシエ健康保険組合 TEL 06-4705-9061 FAX 06-4705-9060
-----	---

