

# 特定健診受診券申請書

フリガナ		健康保険証	記号	番号
社員(被保険者)名				

フリガナ		性別	生年月日	被保険者との続柄
健診受診者名		男・女	昭和 年 月 日	
健診受診者住所	〒 都府道県 TEL( )			
健診受診者Email				

フリガナ		性別	生年月日	被保険者との続柄
健診受診者名		男・女	昭和 年 月 日	
健診受診者住所	〒 都府道県 TEL( )			
健診受診者Email				

フリガナ		性別	生年月日	被保険者との続柄
健診受診者名		男・女	昭和 年 月 日	
健診受診者住所	〒 都府道県 TEL( )			
健診受診者Email				

## 注意事項

- ◆特定健診を受診できるのは、当該年度4月1日(休日の場合翌日)時点から受診日当日まで、大塚製薬健康保険組合に加入されている40歳～74歳の被扶養者の方か任意継続の方です。  
40歳以上とは、当該年度末(翌年3月31日時点)で40歳以上の方です。
- ◆特定健診の結果により、特定保健指導の対象になった場合は、特段の理由がない限り、必ず特定保健指導を受けてください。

上記のとおり特定健診の受診券を申請します。

令和 年 月 日

申請者氏名

\_\_\_\_\_

〒771-0284  
徳島県板野郡北島町高房字居内 1-1  
大塚製薬健康保険組合  
TEL. 088-676-2765  
Fax.088-676-3664  
Email. kenpo2765@otsuka.jp