

ユニチカ健康保険組合
常務理事 殿

特定健康診査受診券交付申請書

下記のとおり特定健康診査受診券の交付を申請します。

年 月 日

被保険者等記号番号	—	事業所	名 称	
被 保 険 者 氏 名			所属部署	
受 診 者 氏 名		被保険者との続柄		
受 診 者 生 年 月 日	年 月 日			
受診券の送付先 (1又は2を○で囲んで下さい)	1. 所属事業所 2. 自宅 → 送付先住所をご記入下さい 〒 — 都 道 府 県			
	〒541-8556 大阪府中央区久太郎町4丁目1番3号 ユニチカ健康保険組合 TEL 06-6281-5382 FAX 06-6281-5388			
健 保 処 理 欄	発行番号		送付日	年 月 日

受付年月日