

## 特定健診（集合契約A・Bタイプ）受診券申込書

被 保 険 者 欄	申請日		年	月	日
	保険証		フリガナ	電話番号	
	記号	番号	被保険者 氏名	生年月日	
				<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年

受 診 者	フリガナ		続柄	<input type="checkbox"/> 男	生年月日			
	氏名			<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日
	送付先住所	〒						
注意事項	1.この用紙は、「申込書」となりますので、健診機関に持参いただいても特定検査は受診できません。 2.対象者は年度内に <b>40歳以上</b> になる <b>被扶養者</b> 及び <b>任意継続保険者</b> となります。 3.健診の受診は <b>年度内で1回</b> です。また年度内に人間ドック・巡回健診との重複受診はできません。 (人間ドック・巡回健診・特定健診 いずれかを年度内に1回受診できます。) 4.健診受診日に <b>当組合の資格</b> がないと受けられません。							
申請書の送付先 及び 問い合わせ先	メール・郵送いずれかでご送付ください。 豊田通商健康保険組合 保健事業 〒450-8575 名古屋市中村区名駅四丁目9番8号 E-mail: <a href="mailto:toyotsukenpo_hokenjigyo@pp.toyota-tsusho.com">toyotsukenpo_hokenjigyo@pp.toyota-tsusho.com</a>							

※健保組合処理欄

発送日	
-----	--

常務理事	事務長	担当	担当