

記入例

特定健診（集合契約A・Bタイプ）受診券申込書

健康保険証に記載されている
番号をご記入ください

被 保 険 者 欄	保険証		フリガナ	ケンポ タロウ	申請日	2024 年 4 月 1 日
	記号	番号	被 保 険 者 氏 名	健保 太郎	電話番号	〇〇〇-△△△-××××
	1234	5678			生年月日	
					<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	57 年 6 月 1 日

受 診 者	フリガナ	ケンポ ハチコ	続柄	<input type="checkbox"/> 男	生年月日
	氏名	健保 花子	妻	<input checked="" type="checkbox"/> 女	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 58 年 8 月 1 日
	送付先住所	〒 〇〇〇-△△△△ 愛知県名古屋市〇〇〇〇△△△△××××			
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40歳以上になる被扶養者及び任意継続保険者となります。 3.健診の受診は年度内で1回です。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.健診受診日に当組合の資格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: toyotsukenpo_hokenjigyo@pp.toyota-tsusho.com				

※健保組合処理欄

発送日	
-----	--

常務理事	事務長	担当	担当