

特定健診受診券発行申込書

被 保 険 者 証 号 記号 番 号	記号		事業所の名称						
	番号		事業所の所在地						
健 診 受 診 者 名 氏 名	フリガナ		性別（該当に○）	男		女		続柄	妻
			生 年 月 日					年 月 日	
自 宅 住 所	〒		連絡先電話番号 (日中連絡の取れる番号)						
健 診 施 設 名				受 診 予 定 日	年 月 日				
健 診 施 設 の 住 所	〒		電話番号						
健 診 の 種 類	『特定健診受診券』で特定健診を受診								
備 考									

注1) 申込書は、受診予定日の1ヶ月前までにご提出ください。

注2) 特定健診受診券を使用されなかった場合は、必ず健康保険組合にご返却ください。

注3) 健康保険組合へ事前に連絡無しに、特定健診以外の健診を受診された場合、費用は全額自己負担となります。

注4) 受診日に、蝶理健康保険組合の資格が無い方は、受診できません。

注5) 健診結果は、蝶理健康保険組合にて、健康管理事業や保健指導に使用しますのであらかじめご了承ください。□

<提出先>

蝶理健康保険組合 〒540-8603
 大阪市中央区淡路町1-7-3
 TEL: 06-6228-5122
 FAX: 06-6228-5600