

担当者		常務理事

特種東海健康保険組合 御中

特定健康診査受診申請書

1. 被保険者証の記号・番号	記号		番号	
2. 所属事業所の名称				
3. 被保険者氏名				印
4. 受診者氏名	フリガナ			
	(被保険者との続柄：)			
5. 生 年 月 日	昭和 平成	年	月	日
6. 住 所	〒			
7. 受診医療機関の名称				
8. 受診医療機関の所在地				
9. 受診予定日	令和	年	月	日

上記のとおり特定健康診査の受診を申し込みたく申請いたします。

令和 年 月 日