

平成29年度

# 特定健診受診申込書

課長	係長	係

保険証 記号番号	—	ふりがな 被保険者 氏名		
ふりがな		性別	続柄	
受診者氏名		男・女		
受診者 生年月日	昭和 年 月 日 ( 才)	自宅電話	( )	
自宅住所	〒 —		受診者負担額	2,700円
事業所 名称		事業所 電話	( )	
事業所 住所	〒 —			

利用する団体機関 (ホームページにて利用できる 医療機関をご確認ください)	健保連・東振協
受診券をどちらに送付しますか? (いずれも上記記載の住所へお送りします)	自宅・事業所

上記のとおり受診の申し込みをいたします。

平成 年 月 日

全国印刷工業健康保険組合 殿

## 受診に際しての注意事項

- 対象年齢は、平成29年4月1日～平成30年3月31日までに40歳～74歳となる方および75歳に達する被扶養者(妻以外)です。  
平成30年3月31日までに75歳となる方は、75歳になる誕生日の前日までです。
- 特定健診契約医療機関は、当組合ホームページ(<http://www.insatukenpo.or.jp/>)において、健保連、東振協別に掲載しておりますので、ご確認のうえ、受診を希望する医療機関へご予約ください。  
受診当日は、健康保険証と受診券を医療機関へご持参ください。
- 受診者の自己負担額は、2,700円となりますので、医療機関窓口でお支払いください。
- 申込書に記載された個人情報は、個人情報保護法並びに組合規程を遵守し、受診券発行以外に使用することはありません。  
また、検査結果については、特定保健指導などの事後フォロー及び補助金支払、統計資料等に必要不可欠なため、医療機関より組合へ報告されることとなっておりますので、あらかじめご了承ください。

郵送またはFAXにてお申し込みください。

〒104-8250 東京都中央区新川1-5-13

全国印刷工業健康保険組合 保健推進課

FAX : 03-3551-9399