

常務理事	事務長	係 員

## 特定健診受診券交付申込書

保険者番号	0	6	2	7	0	0	9	4	会社名	
									事業所名	
社員番号									出向先	
被保険者証 記号番号(右詰)			-						氏名	

※受診券交付日は受付日の翌月1日です。

フリガナ		続柄		生年 月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	満年齢 (年度末)
受診者氏名					年 月 日	
フリガナ		続柄		生年 月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	満年齢 (年度末)
受診者氏名					年 月 日	
自宅住所	〒 - -					
自宅電話番号(携帯)	- -					
受診券送付先	※任継者の受診券は自宅に送付いたします。従業員の家族の受診券は事業所(出向先)に送付いたします。					
	会社名・事業所名			部署名		
受診予定月	令和 年 月 頃 (毎年4月1日 ~ 翌年2月末日迄)					
健診機関名(第1希望)						集合契約 A B
所在地	〒 - -					
電話番号	- -					
健診機関名(第2希望)						集合契約 A B
所在地	〒 - -					
電話番号	- -					

⇒空欄でも可です

※受診券に「集合契約A B」と明記されます。受診できる実施機関は、ホームページ(特定健診 集合契約)で 検索いただくか、受診希望の医療機関に特定健診を実施しているかご確認ください。

東洋アルミニウム健康保険組合 殿
令和 年 月 日
私は、東洋アルミニウム健康保険組合が、保険事業として行う、特定健診の健診結果を健康管理の目的で、健康保険組合及び事業主が活用することに同意の上で、受診券交付の申込みを致します。

《個人情報について》  
 ※申請書に記載された個人情報は、「特定健康診査受診券」発行に係る事務処理、発行情報の管理及び特定の個人が識別されることのない方法での統計を実施するときに限り使われます。

受 付 印

お問い合わせ・お申込みは  
 東洋アルミニウム健康保険組合  
 〒581-0082 大阪府八尾市相生町4-8-1  
 TEL & FAX 072(993)1771 (FAX申込み可)