

スズケン健康保険組合

特定健康診査(集合契約)受診券申込書

【対象:被扶養者・任継の方のみ】

健保組合使用欄		
常務理事	事務長	係
受付 NO		
受診券整理番号		

■ご確認:特定健診は以下の全てを満たす方が対象です

1.4月1日現在の当健保組合の加入者(4月2日以降の加入ではない)
2.当年度内に40～75歳に到達する
3.申込日現在、当年度内にスズケン健保組合を脱退する予定はない
4.任継の方は、喪失予定年月日が今年度内に到来しない
5.妊産婦、海外在住、長期入院中でない

■上記を確認の上、申し込みます

被保険者	申込日	令和 年 月 日	
	被保険者証 記号-番号	—	
	氏名		
	事業所名		
受診者	氏名	カナ	
		漢字	
	被保険者との続柄	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 本人(任意継続のみ) <input type="checkbox"/> その他()	
	性別	<input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男	
	生年月日	昭和 年 月 日	
住所	〒 — —		
	電話番号	— —	

スズケン健康保険組合 TEL:052-951-8816

HP: <https://suzuken-kenpo.or.jp>