

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 6 年 5 月 8 日	
	被保険者証 記号-番号	1 - 12345	
	氏名	健保 太郎	
	事業所名	株式会社スズケン	
受診者	氏名	カナ	ケンポ ハナコ
		漢字	健保 花子
	被保険者との続柄	<input checked="" type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 本人(任継のみ) <input type="checkbox"/> その他( )	
	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男	
	生年月日	昭和 59 年 8 月 2 日	
住所	〒0000-0000 現在お住まいの住所(受診券を送付する住所) をご記入ください  電話番号 000 - 000 - 0000		

スズケン健康保険組合 TEL:052-951-8816

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