



健康保険組合記入欄				
常務理事	事務長	主任	担当者	備考欄

## 被扶養者(家族)特定健康診査申込書(集合契約用)

被 保 険 者	被保険者の記号・番号	記号	番号				
	被保険者の氏名			性別	男 女		
被 扶 養 者	フリガナ			性別	続柄		
	受診者氏名			男 女			
	生年月日	昭和	年	月	日	年齢	歳
	住所	〒			(電話)		
(受診予定日が決定されている方は予定日を記入、未定の方は受診日未定に○をしてください。)							
受診予定日	令和	年	月	日	受診日未定		
不二サッシ健康保険組合理事長 殿							
上記のとおり特定健康診査の申込をします。							
令和 年 月 日							
受診者氏名							
印							

### (注意事項)

- この申込書の対象者は、年度内(4月1日～翌年3月末日)に40歳～74歳の被扶養者(家族)です。
- 市区町村の住民健診や一般の健診機関(集合契約に加入している病院等(\*1))で「特定健診」を受診される場合に、健診前にこの申込書を提出してください。  
(\*1): 特定健診の集合契約に加入しているかを、直接病院等にお問合せください。
- 特定健診受診費用・特定保健指導費用は無料です。
- 被扶養者(家族)の特定健診希望者は、上記申込書に必要事項を記入して健康保険組合へ直接FAX、郵送、又は被保険者(本人)経由で健康保険組合へ提出してください。
- 健康保険組合にて申込書を受付後、折り返し「受診券」をご自宅へ郵送いたします。
- 健診当日、「受診券」と「健康保険証」を健診医療機関窓口に提示し、受診してください。
- 健診受診後、特定保健指導対象の方は、当日初回面談を実施することがあります。
- 特定健診・特定保健指導の結果が医療機関より健康保険組合へデータ提供されますことをご了承のうえ、お申し込みください。
- 当申込書及び健診結果の個人情報、「特定健診」・「特定保健指導」以外の目的に利用いたしません。
- 送付先  
〒212-0058 神奈川県川崎市幸区鹿島田1-1-2 新川崎三井ビルウエストタワー5階  
不二サッシ健康保険組合  
(TEL) 044-520-0795 (FAX) 044-520-0797