

特定健診受診券申請書（家族） 新規・再交付

被保険者等 記号・番号	—	被保険者 氏名						
事業所名称								
事業所所在地	〒 — TEL : ()							
交付 対象 被 扶 養 者	1	氏名				続柄		
		生年月日	昭 和	年	月	日 (歳)	性別	男・女
		住 所	〒 — TEL : ()					
	2	氏名				続柄		
		生年月日	昭 和	年	月	日 (歳)	性別	男・女
		住 所	〒 — TEL : ()					
	3	氏名				続柄		
		生年月日	昭 和	年	月	日 (歳)	性別	男・女
		住 所	〒 — TEL : ()					

千葉県機械金属健康保険組合

注 意 事 項

- 申請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、検診結果については、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健保組合へ報告されることとなっておりますので、予めご了承ください。
- なお、特定健診の結果でメタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）に該当された場合、特定保健指導受診券を後日送付いたします。