

特定健診申込書

※健診の補助は年度内1回です。

※受診日の2週間前までに提出してください。(土日祝日、GW、年末年始を除く)

※受診日現在、被扶養者(配偶者を除く)で、令和4年3月31日現在40歳～75歳以下の方が対象となります。

※別表3に載っている健診機関の特定健診(Eコース)のみ対象となります。

※年度末とは、令和4年3月31日をいいます。

実施健診機関	1. 契約健診機関 (別表3) 【Eコース】	健診機関コード	900 -
		名称	

受診者情報	記号		番号							
	氏名			生年月日	昭和	年	月	日	性別	男 女
					(年度末年齢			歳)		
	続柄	1. 父	2. 母	3. その他	()					
	住所	〒 -			TEL	- -				
受診予定日	令和 年 月 日									

令和 年 月 日 提出

事業所名

被保険者名

印

※自署の場合は押印不要

申込書送付後、2週間以内に健保組合よりご自宅に「東振協専用健診受診カード」が届きます。
届かない場合は保健事業課(TEL03-3377-1322)までご連絡ください。

受付印