《事務処理欄》

| 常務理事 | 事務長 | 業務課長 | 担当者 |
|---|---|---|---|
| | | | |

# 特定健康診査受診申請書

＜特定健康診査＞
・対象：４０～７４歳の、
「扶養家族」「特例退職被保険者」
「任意継続被保険者」の方。
・検査項目：生活習慣病の項目に限定。
（事前にKDDI健保ﾎｰﾑﾍﾟｰｼﾞ等で、
検査項目をご確認ください）

| 被保険者 記号番号 | 記号 | 番号 |
|---|---|---|
| | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 被保険者 | 氏　名 | | 事業所の名称 | |
| | 生年月日 | 年　　月　　日 | 連絡先 ＴＥＬ | |
| | 送付先 自宅住所 | 〒　　－ | | |

※被保険者ご本人が受診される場合も、下の「受診者」欄に記入してください。

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 受　診　者① | ﾌﾘｶﾞﾅ | | 続柄 | |
| | 氏　名 | | 性別 | 男　・　女 |
| | 生年月日 | 年　　月　　日 | 年齢 | 歳 |
| 受　診　者② | ﾌﾘｶﾞﾅ | | 続柄 | |
| | 氏　名 | | 性別 | 男　・　女 |
| | 生年月日 | 年　　月　　日 | 年齢 | 歳 |
| 受　診　者③ | ﾌﾘｶﾞﾅ | | 続柄 | |
| | 氏　名 | | 性別 | 男　・　女 |
| | 生年月日 | 年　　月　　日 | 年齢 | 歳 |

上記のとおり、特定健康診査受診の申請をいたします。

令和　　年　　月　　日　提出

ＫＤＤＩ健康保険組合