|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 常務理事 | 事務長 | 保健事業課長 | 担当者 |
|  |  |  |  |

**特定健康診査受診申請書**

《事務処理欄》 ＫＤＤＩ健康保険組合

＜特定健康診査＞

・対象：４０～７４歳の、

「扶養家族」「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)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被保険者等 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

**送付方法①【郵送】**　　　　　　　 **←　いずれかで送付　→ 送付方法②【ＦＡＸ】番号:**

〒１０２－８４６０ ０３－５２１２－３３１５

東京都千代田区飯田橋

３－１０－１０ ＧＡＴ ３２階

ＫＤＤＩ健康保険組合

　　　保健事業課　特定健診担当宛　　　←切り取って封筒に貼れます。