

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

＜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健保ホームページ等で、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	フリガナ		続柄	
	氏名			
	生年月日	年 月 日	年齢	
受診者②	フリガナ		続柄	
	氏名			
	生年月日	年 月 日	年齢	
受診者③	フリガナ		続柄	
	氏名			
	生年月日	年 月 日	年齢	

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

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

03-5212-3315

←切り取って封筒に貼れます。