

特定健診受診券発行依頼書

被 保 険 者 情 報	被保険者証の	記号 1234	番号 5678	事業所・所属部署 〇〇株式会社 △△部□□G
	氏名	健保 太郎		生年月日 〇〇〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
	住所	〒 664-8610 兵庫県伊丹市東有岡5-125		

受 診 者 情 報	氏名	健保 花子		
	続柄	妻	生年月日	〇〇〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

送 付 先	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者勤務先 <input type="checkbox"/> その他	住所 〒		
		電話番号	宛名	

健保使用欄		
常務理事	事務長	担当者

受付印