



常務理事	事務長	課長	係長	主任	担当者
健康保険組合記入欄					

交付日:平成 年 月 日 有効期限:平成 年 月 日

発行を希望する券名のどちらかに○で囲んでください。

特定健康診査受診券 申請書
特定保健指導利用券



私は下記のとおり、**特定健康診査受診券**の発券を申請します。
特定保健指導利用券

申請日:平成 28 年 4 月 1 日

申請区分	① 新規 2. 再交付		
申請者住所	〒 - × × × × 神戸市中央区 町 × × × 電話番号 () × × × ×		
保険者番号	06280176	記号	1111
番号	2222	被保険者との続柄	妻
フリガナ	ウニコ ハナコ		
受診(利用)者氏名 (自署)	運輸 花子		
受診(利用)者性別	男 · 女	受診(利用)者 生年月日	昭和 48 年 1 月 1 日
被保険者氏名	運輸 太郎		

上記住所以外の場所に送付することを希望される場合は、下記に送付希望先を記入してください。

電話番号は、連絡がとれる番号を記入してください。

ご住所	申請者住所以外に受診券送付を希望される場合 は、こちらにも記入してください。	様
お名前		
電話番号		()