

常務理事	事務長	総務課長	担当者

特定健診受診申込書

被 保 険 者 記 号 番 号	—	ふ り が な 被 保 険 者 氏 名		
ふ り が な		性 別	続 柄	
受診者氏名		男 ・ 女		
受 診 者 生 年 月 日	昭和 年 月 日 (歳)	自 宅 電 話	()	
自 宅 住 所	〒 —			
事 業 所 名 所 称		事 業 所 電 話	()	
事 業 所 住 所	〒 —			

受診希望年度		年度	受診券をどちらに送付しますか？ (いずれも上記記載の住所へお送りします)	自宅 ・ 事業所
--------	--	----	---	----------

上記のとおり受診の申し込みをいたします。

年 月 日

神奈川県機器健康保険組合理事長 殿

受診に際しての注意事項

- 対象年齢は、当年度4月1日～翌年3月31日までに40歳～74歳となる方および75歳に達する任意継続被保険者又は被扶養者です。
75歳となる方は、75歳になる誕生日の前日までです。
- 特定健診契約医療機関は、健保連ホームページ(<http://hoken.kenporen.or.jp/kensin/index.htm>)において、掲載しておりますので、ご確認のうえ、受診を希望する医療機関へご予約ください。
また、受診当日は、健康保険証もしくは資格確認証と受診券を医療機関へご持参ください。
- 特定健診の基本項目の検査については、受診者の自己負担額はございません。
ただし、詳細項目を実施した場合は、その部分についてのみ全額受診者負担となります。
特定健診の検査結果より特定保健指導の対象者となった場合は、健診当日特定保健指導を受けることができます。
- 申込書に記載された個人情報、個人情報保護法並びに組合規程を遵守し、受診券発行以外に使用することはありません。
また、検査結果については、特定保健指導などの事後フォロー及び補助金支払、統計資料等に必要不可欠なため、医療機関より組合へ報告されることとなっておりますので、あらかじめご了承ください。
- 同一年度内に人間ドック、PET健診、生活習慣病健診、婦人科検診等、他の健診と重複して特定健診は受けられませんのでご注意ください。
- 郵送にてお申込みください。

〒231-0015 神奈川県横浜市中区尾上町4-47
神奈川県機器健康保険組合
TEL 045-641-7713
FAX 045-641-3176