

2019年度
特定健診受診申込書

常務理事	事務長	事務次長	担 当

保 険 証 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 称 名 称		事 業 所 電 話 話	()	
事 業 所 住 住 所	〒 —			

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、2019年4月1日～2020年3月31日までに40歳～74歳となる方および75歳に達する被扶養者です。
2020年3月31日までに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。
- 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、婦人科検診と重複して特定検診は受けられませんご注意ください。
- 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