|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **マキタ健康保険組合　行**  **（FAX 0566-98-2535）** | 供　　覧 | 常務理事 | 事務長 | 係 |
|  |  |  |

**令和5年度　特定健診受診券　発行申請書**

下記のとおり特定健診受診券の発行を申請します。　　　　　　申請日　令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **被保険者** | 保険証の  記号－番号 | | **－** | | | 被保険者名 | |  | |
| 職場名① | |  | | | 連絡先 | |  | |
| 現住所②  単身赴任者は 赴任先の住居 | | 〒　　　　　－ | | | | | | |
|  | | | | | | |
| ℡　　　　　－　　　　　－ | | | | | | |
| **受診券希望者** | ﾌﾘｶﾞﾅ  氏名 | |  | | 続柄 | | 生年月日 | | **※番号** |
|  | |  | | 昭和 年 月 日 | |  |
| 住所③  被保険者と  別居の場合記入 | | 〒　　　　　－ | | | | | | |
|  | | | | | | |
| ℡　　　　　－　　　　　－ | | | | | | |
| **希望送付先** | いずれか一つに **○** |  | １． 上記職場名①宛 | | | | | | |
|  | ２． 上記現住所②宛 | | | | | | |
|  | ３． 上記受診対象者住所③宛 | | | | | | |
|  | ４． その他 | 具体的に | | | | | |
| 被保険者と同一住所への送付希望は、職場送付させていただく場合もございます。 | | | | | | | | |

**※番号欄は健保で記入します。**

**《注意事項》**

|  |
| --- |
| 対 象 者 ： 今年度40歳以上で、受診時にマキタ健保の被扶養者資格のある方 |
| 利用方法 ： ご自身で特定健診実施医療機関へ予約の上、受診券と保険証を持って受診 |
| 受診費用 ： 無料（全額健保負担）但し、オプション項目は全額自己負担 |
| 申込期間 ： 令和6年2月29日まで（申請書健保必着） |
| 有効期間 ： 令和6年3月31日受診分まで（**未使用の券は健保へご返却ください。**） |
| ご 注 意 ： 人間ドック・主婦健診・全国健診・巡回人間ドック・特定健診は、年度につき１回限りの補助となります |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **《お問合せ＆送付先》　マキタ健康保険組合**  〒446-8502　愛知県安城市住吉町３丁目１１番８号  直通0566-97-1715　FAX 0566-98-2535  （提出は郵送及びFAXでも受付けます） |  | マキタ健保組合受付印 |
|  |