常務理事	事務長		担当者

(受付)

西日本プラスチック工業健康保険組合

特定健診受診券申請書

被保険者証記号・番号	記号	番号				
被保険者氏名			事業所名称			
受診者	氏名		被保険者との続柄		性別	男・女
	生年月日 年齢	昭　年　月　日 才	自宅電話番号	(　　)		
自宅住所	〒　－					

受診券をどちらに送付しますか？ ○印をお付け願います。 (○印がない場合は、事業所宛といたします。)	自宅・事業所

上記のとおり、特定健診受診券の申込みをいたします。

年　月　日

●お申込みに際しての注意事項

・対象者となる方は以下のとおりです。

年度内（4月1日～翌年3月31日）に40歳～74歳に到達する方

年度内（4月1日～翌年3月31日）に75歳となる方で、75歳に達するまでの間の方

◎被保険者本人（従業員）

当健保組合から受診券の発行や費用の補助は行いませんので、会社が実施する労働安全衛生法に基づく定期健診を受診してください。

◎被扶養者（扶養家族）

- 配偶者（女性）・・特定健診又は、当健保組合が実施する主婦の誕生日健診、人間ドックのいずれかを受診してください。
- 配偶者（男性）・・特定健診又は、当健保組合が実施する人間ドックを受診して下さい。
- 配偶者以外の被扶養者・・特定健診を受診して下さい。