|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 常務理事 | 事務長 | 部　長 | 課　長 | 係 |
|  |  |  |  |  |

**特定健康診査受診券（セット券）申請書**

下記のとおり、特定健康診査受診券（セット券）の発券を申請します。

令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 記号・番号 | － | どちらかを○で囲んでください |
| ・　新規　　　・　再交付　　　　　　　　（理由　　　　　　　　　） |
| 事業所名称 |  |
| 被保険者氏名 |  |
| フリガナ |  | 続柄 |
| 発行対象者氏 名 |  |  |
| 発行対象者生年月日 | 昭和　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日　生 |
| 送付希望先希望の番号に○印を記入 | １．　事業所宛 |
| ２．　自宅宛〒　　　　　　－　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 連絡先電話番号 | －　　　　　　　　　　　　　－ |

（6.4）