

特定

## 特定健康診査申込書

●資格喪失後は受診できません

荏原健康保険組合

受診者	保険証 記号番号	記号	番号	
	フリガナ		生 年 月 日	
	氏 名		<input type="checkbox"/> S	年 月 日
			<input type="checkbox"/> H	
			歳	当年度（3月末）
住 所	〒 -			
電話番号	( )			
被保険者氏名				

※ 申込受領後、健保組合より「受診についてのご案内」と「受診券」を送付します。

※ 特定健診を受診した場合は、巡回レディース健診、生活習慣病健診、人間ドックを受診することができません。