

# 令和5年度 特定保健指導申込書 (40歳以上の被保険者及び被扶養者)

税務会計監査事務所健康保険組合 御中

◎事業所名

※健診結果のコピーを添付してください。

◎所在地 〒

◎TEL ( )

保 険 証		フ リ ガ ナ		生年月日	年齢	続柄	性別	備考
記号	番号	氏	名					
				昭和 年			男・女	
				月 日				
		住所〒			TEL ( )			
		受検した健診のコース (○をつけて下さい)	成人病健診 1日人間・総合ドック 婦人健診 特定健診	健診受検日		健診を受けた医療機関名	保健指導のコース	
				令和 年 月 日		動機づけ支援 積極的支援		

※当組合では健診事業遂行のために以下のことを行います。  
①健診委託機関への申込者情報を提供します。  
②健診委託機関から受検者の健診データを収集し、当組合で管理いたします。

※受診券を送付いたしますので、住所・TEL欄は必ずご記入ください。

※受検日に資格を喪失している場合は、補助対象になりませんのでご注意ください。

申込書送付先: 〒169-0072 新宿区大久保2-12-11 税務会計監査事務所健康保険組合 TEL 03(3232)5541

|