特定健康診査受診券申請書

私は、ダイハツ系連合健康保険組合が、保健事業として行う、特定健診の健診結果を健康管理の目的で、健康保険組合及び事業所が活用することに同意の上で、申込いたします。

受診年度	令和7年度		
事業所名			
事業所所在地			
記号・番号	―		
フリガナ			
被保険者名			
フリガナ		生年月日	続柄
利用者名		昭和　　年　　月　　日	
利用者住所 電話番号	〒　　－ －　　－		
利用月	令和　　年　　月 ※利用月が確定されていない場合は、確定次第健保組合にご連絡ください。		
健診機関名 電話番号	 －　　－		

上記のとおり特定健診の利用を申込みます。

ダイハツ系連合健康保険組合　殿

利用申込日　　令和　　年　　月　　日