特定健診受診券申込書（新規・再交付）

整理番号：		
部　長	課　長	扱

被保険者	被保険者証			氏　名
	記号		番号	
	事業所名			
受診者	氏　名		続　柄	生年月日
				昭和　　年　　月　　日
	現住所			電話番号
	〒　　－			－　　－

上記のとおり申込みます。

なお、特定健診の受診履歴について被保険者のお勤めの事業所から問い合わせがあった場合、健保組合から情報提供することに

【同意します・同意しません】

令和　　年　　月　　日

北海道農業団体健康保険組合理事長　殿

※注　【同意します・同意しません】　は選択されるほうに○をつけてください。選択がない場合は、同意されたものとみなします。

※注　情報提供は受診歴のみであり、健診結果については一切提供しません。

※注　任意継続被保険者及びその被扶養者の方は選択の必要はありません。

＜留意事項＞　申込み前に必ずお読みください。

１．受診対象者

（1）受診年度（４月１日～翌年３月３１日）４０歳以上７５歳未満の方。

（2）受診年度中に当組合が補助する人間ドック・巡回ドックを受けていない又は受ける予定がない方。

※人間ドック・巡回ドックと重複しての補助は受けることができません。

２．受診期限

年度内に受診願います。期限日以降の受診は認められません。

３．受診券の送付について

受診券は被保険者のお勤めの事業所を通じて送付いたします（任意継続被保険者はご自宅）。

ご自宅への送付を希望される方は当組合健康推進課（011-261-3274）までご連絡ください。

４．健診実施機関について

当組合が指定する健診実施機関での受診となります。健診実施機関は当組合ホームページで検索できます。

５．個人情報について

上記の個人情報は当組合個人情報保護管理規定を遵守し、厳重に管理するとともに特定健診・保健指導の目的以外には一切使用いたしません。