

## 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、申しいたします。

受診年度	令和8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