

# 特定健康診査受診申込書(受診券)

申込日 年 月 日

この申込書は、特定健康診査用の申込書(受診券)です。

|              |      |  |         |       |   |              |     |   |
|--------------|------|--|---------|-------|---|--------------|-----|---|
| 受診機関名        |      |  |         |       |   |              |     |   |
| 阪神高速道路健康保険組合 |      |  | 保険者番号   |       | 6 | 27           | 312 | 2 |
| 被保険者         | 氏名   |  | 被保険者証番号 |       | - |              |     |   |
|              | 会社名  | ・阪神高速道路㈱ (一財)阪神高速先進技術研究所<br>・(一財)阪神高速地域交流センター ・阪神高速技術㈱ |         |       |   | 被保険者連絡先(TEL) |     |   |
|              | 所属部署 | 部  |         | 課     |   | ( )          |     |   |
| 受診者          | ふりがな |  |         | 本人    | 男 | 生年月日( 歳)     |     |   |
|              | 氏名   |  |         | ・     | ・ | 年 月 日        |     |   |
|              | 住所   | 〒  |         | 家族    | 女 | TEL ( )      |     |   |
| 受診結果の送付先     |      | 〒  |         |       |   | TEL ( )      |     |   |
| 予約日          |      | 年 月 日 ( 曜日 )   |         | 時 分 ~ |   |              |     |   |

|                             |             |
|-----------------------------|-------------|
| 受診の決定日<br>(健保で記入)           | 年 月 日 ( 曜日) |
| <b>阪神高速道路健康保険組合の受診決定承認印</b> |             |

|        |                                    |
|--------|------------------------------------|
| 申込書の流れ | 受診者 → 健康保険組合 → 受診者 → 受診機関 → 健康保険組合 |
|--------|------------------------------------|

## 注意事項

1. 特定健康診査受診結果は、受診者本人に対して通知するとともに、保険者において保存し、必要に応じ、保健指導に活用しますので、ご了承の上、受診願います。
2. 健診結果のデータファイルは国への実績報告として匿名化され、部分的に提出されますのでご了承の上、受診願います。
3. 保健指導をしていない医療機関がありますのでご了承ください。
4. 被保険者・被扶養者の資格が無くなったときは、早急に予約を取り消し保険者(健保組合)に連絡して下さい。

※受診者は直接受診機関へ連絡し、予約が取れましたら、申込書を健保組合まで提出して下さい。

提出先 : 阪神高速道路健康保険組合(担当者 本井 tel 06-6203-8888)  
 住所 〒530-0005 大阪市北区中之島3-2-4  
 FAX 06-6203-8329