

年 月 日

東邦ガス健康保険組合 御中

## 特定健診受診券申込書

(一般被扶養者、任意継続被保険者、任意継続被扶養者のみ)

保険者証 記号番号	記号	番号				
受診者氏名	フリガナ		生年月日	年	月	日( 歳)
被保険者氏名						
被保険者所属						
内線or直通						
受診券の送付先	所属課所 ・ 自宅 ・ その他(下記へ送付先を記入してください) ※一般被扶養者の方は被保険者の所属課所へ送付します ※任意継続の方は、自宅かその他を選択ください					
その他の場合の 送付先住所	〒					