

理事長	常務理事	事務長	調 査	担 当

三菱マテリアル健康保険組合 御中

※ 被保険者勤務事業所 健保担当者経由で提出願います

被扶養者特定健康診査受診券発行依頼書

申請日 平成 年 月 日

会社名（事業所並びに所属部署名）	申請者（被保険者）
事業所名：	記号 番号 被保険者氏名
所属部署名：	— ⑩

	利用者氏名（被扶養者氏名）	続柄	年齢	受診形態※1
1				集合 A ・ 集合 B ・ 未定
2				集合 A ・ 集合 B ・ 未定

※1

集合（集合契約）A・・・健康保険組合連合会が契約する全国約 2,200 の医療機関で特定健診が受診できる仕組みです。

※次のサイトでも検索可能です。（<http://hoken.kenporen.or.jp/kensin/>）

集合（集合契約）B・・・都道府県・群市区医師会、市区町村などが実施する特定健診が受診できる仕組みです。

医療機関名簿の希望（集合 A のみ）	希 望 ・ 不 要	
希望する地域又は、都道府県を ○で囲んでください。 ※集合契約 B については、自治 体窓口又は、自治体広報誌な どでご確認ください。	地域単位	都道府県単位
	北海道	北海道
	東 北	青森・岩手・宮城・秋田・山形・福島
	関 東	茨城・栃木・群馬・埼玉・千葉・東京・神奈川
	中 部	新潟・富山・石川・福井・山梨・長野・岐阜・静岡・愛知
	近 畿	三重・滋賀・京都・大阪・兵庫・奈良・和歌山
	中 国	鳥取・島根・岡山・広島・山口
	四 国	徳島・香川・愛媛・高知
	九 州	福岡・佐賀・長崎・熊本・大分・宮崎・鹿児島・沖縄

（事業所記入欄）

他の健診補助制度との重複がないことを確認しました。
住所
会社名
代表者
⑩

【健保事務処理欄】※以下は記入不要。

	資格取得日	喪失日（予定日）	発行区分及び 受診券整理番号
被保険者	昭・平 年 月 日	年 月 日（予定）	
利用者 1	昭・平 年 月 日	年 月 日（予定）	可（ ） ・ 不可
利用者 2	昭・平 年 月 日	年 月 日（予定）	可（ ） ・ 不可