

# 令和7年度 特定健診申込書 (対象:令和7年4月以降に40歳～74歳までの被保険者・被扶養者の方)

税務会計監査事務所健康保険組合 御中

◎事業所名

◎所在地 〒

◎TEL ( )

※40歳以上74歳以下(申込時・受検時)

保 険 証		フ リ ガ ナ		生年月日	年齢	続柄	性別	備考
記号	番号	氏	名					
				昭和 年 月 日			男・女	
		住所〒				TEL ( )		
				昭和 年 月 日			男・女	
		住所〒				TEL ( )		
				昭和 年 月 日			男・女	
		住所〒				TEL ( )		

※当組合では健診事業遂行のために以下のことを行います。

①健診委託機関へ申込者情報を提供します。

②健診委託機関から受検者の健診データを収集し、当組合で管理いたします。

※受診券を送付いたしますので、ご自宅の住所・TEL欄は必ずご記入ください。

※受検日に資格を喪失している場合は、補助の対象となりませんのでご注意ください。

申込書送付先: 〒169-0072 新宿区大久保2-12-11 税務会計監査事務所健康保険組合 TEL 03(3232)5541