

特定健康診査 個人受診用 申込書

『特定健康診査受診券』がお手元がない場合はお申込できません。
受診券の再発行は、加入されている健保組合へ直接お問い合わせください。

- 申込書の【1】、【2】、【3】は特定健康診査受診券または、健康保険証を参照してご記入ください。
- 申込書記入後は、①申込書(本紙)②受診券(コピー)③健康保険証(コピー)をライフサポートクリニックにお送りください。(又はFAXしてください。FAX048-223-2637)
- 受診当日は、健康保険証と、『特定健康診査受診券』を必ずご持参ください。

記入日	年	月	日
-----	---	---	---

申込	【1】保険者番号 名称			
	【2】被保険者証の 記号・番号	記号	番号	生年月日
被扶養者 (申込者) 情報	【3】受診券整理番号			
	フリガナ			性別 男・女
	氏名	印		
	住所	(〒 -)		
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL	()	

申込	希望(申込)日時	月 日 ()	時間帯	: 頃
----	----------	---------	-----	-----

料金	自己負担金額	なし ・ あり ⇒ 自己負担金額	円
----	--------	------------------	---

受診キットを上記被扶養者(申込者)情報に記入した住所と別のところに送付を希望する場合にご記入ください。

送付希望先	住所	(〒 -)
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()
	宛名	

お問合せ先

特定健診委託医療機関

ライフサポートクリニック

〒332-0002 埼玉県川口市弥平4-6-24



0120-565-888

FreeDial (午前9時~午後5時・土日祝日除く)