

常務理事	事務長	課長	係長	担当者

特定健診事前申請書

令和 年 月 日

千葉県トラック健康保険組合理事長 殿

名 称
 事業所
 所在地
 代表者
 申請者氏名

実施医療機関名					
受診年月日		令和 年 月 日			
受診者種別		被保険者 ・ 被扶養者			
被保険者等 記号・番号	受診者氏名	年齢	被保険者等 記号・番号	受診者氏名	年齢
.			.		
.			.		
.			.		
.			.		
.			.		
.			.		

※受診者種別欄は該当するところを○で囲んで下さい。

「被保険者」を選択し、受診者氏名欄に記載がない時は、事業所毎の該当者全員分の受診券を発行致します。

裏面に利用要領を記載しております。ご確認の上、申請下さい。

受付印	受付番号

特定健診利用要領

〒275-0024

千葉県習志野市茜浜1-10-2

千葉県トラック健康保険組合

T E L 047 (452) 6661

ご利用を希望されるときは次の要領にて取り扱い致します。

- ① 対象者は40歳以上75未満の組合加入員です。
- ② 契約医療機関に、受診予定者又は事業所の担当者が直接連絡し、受診年月日を決め、予約を行って下さい。
- ③ 医療機関から受診に関する“案内一式”を受けて下さい。
- ④ 「特定健診事前申請書」にて約2週間前までに当組合宛申請を行って下さい。申請書受理後、受診該当者分の受診券を発行致します。
- ⑤ 受診日当日、当組合が発行した“受診券”を実施医療機関に提出して下さい。
- ⑥ 受診後、自己負担金分を医療機関へ直接お支払い下さい。
※当組合補助金額は 5,000円 です。差額が自己負担金額となります。

- 注) 1. 発行した受診券を利用しなかった場合は、当組合へ返納して下さい。
2. 補助は年度内1回となります。
3. トラック協会の各支部にて健診を受ける場合、受診券の利用が出来ない場合がございますので、予めご確認下さい。