

特定健診受診券・保健指導利用券再交付申請書

(該当する券に○をつけてください)

常務理事	事務長	課長・リーダー	担当者

※太線内にご記入ください。

被 保 険 者	記号	番号	氏名
	会社名		所属 (社内TEL:)
再 交 付 対 象 者	氏 名	生年月日	続柄
		S・H . .	
		S・H . .	
		S・H . .	
		S・H . .	
特定健診受診券または保健指導利 用券を滅失、汚損したときの状況 を詳細にご記入ください。			
上記の状況により、特定健診受診券または保健指導利用券を滅失・汚損しましたので、再 交付を申請いたします。なお、旧受診券・旧利用券が見つかった場合は、ただちに旧受診 券・旧利用券を返納いたします。また、旧受診券・旧利用券による不正受診等が発生した 場合には、貴組合の指示に従い責任をもって対処いたします。			
令和 年 月 日 提出			

武田薬品健康保険組合

- 注： 1. 武田薬品および任意継続の方は宛先を記入した返信用封筒を同封し、
健康保険組合へ提出してください。
2. 武田薬品以外の事業所の方は、会社の健保事務担当者へ提出してください。
3. 汚損の場合は、汚損した受診券・利用券を添付してください。

健 保 処 理 欄	受診券・利用券紛失入力	
	受診券・利用券再発行入力	
	受診券・利用券発送	
	受診券・利用券廃棄 (シュレッダー)	