

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)

記入例

常務理事	事務長	課長・リーダー	担当者
記入不要			

※太線内にご記入ください。

被保険者	記号	番号	氏名
	10	234567	健保 太郎
	会社名	所属	
	〇〇薬品工業株式会社	△△工場 製造部〇〇グループ (社内TEL: 06-6233-1234)	
再交付対象者	氏名	生年月日	続柄
	健保 花子	ⓈH 40 . 10 . 5	妻
		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。	郵送されてきました受診券を封筒のまま保管していましたが、探しても見つかりません。誤って他の郵便物、チラシ等と一緒に破棄した可能性があります。		
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。			
提出される日をご記入ください。 → 令和 5年10月1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
	記入不要