（様式　２－１１）

受診対象年齢 ： 年度末年齢 ４０歳以上(従業員を除く)

（受診者本人）　→　（東芝健保）

特定健康診査受診券　発行申請書

東芝健康保険組合　御中

下記のとおり「特定健康診査受診券」の発行を申し込みいたします。

保険証記号・番号 ※保険証等に記載のとおり転記ください		記　号			番　号						
被保険者氏名											
受診者① 氏名	フリガナ				生 年 月 日						
	漢　字				西暦　　年　　月　　日						
受診者② 氏名	フリガナ				生 年 月 日						
	漢　字				西暦　　年　　月　　日						
受診者③ 氏名	フリガナ				生 年 月 日						
	漢　字				西暦　　年　　月　　日						
連絡先電話番号		（　　）									
受診予定月 ※受診月が異なる場合は、早い受診月を記入ください		西暦　　年　　月　頃　受診									
任継の方のみ記入 (記号：300)		有効期限　西暦　　年　　月　　日									

受診券送付先住所 ※健保登録住所以外に送付希望の場合のみ記入ください	〒　　－

「特定健康診査受診券」は、紛失防止のため受診予定月の１ヶ月前に送付しますので、ご了承ください。

送　付　先	郵　送：〒212-8577　神奈川県川崎市幸区小向東芝町1番地 東芝健康保険組合　データヘルス事業担当 宛 社内便：（ケンポ）（ＤＨ事）　宛 メール：Knp-hoken-QA@ml.toshiba.co.jp ※本文に上記内容を記載いただいた場合、申請書のメール添付は不要です。