

申請日	年	月	日
-----	---	---	---

提出先: 日野自動車健康保険組合 行

『2025年度 健保連特定健診受診券 発行依頼書』

健保連特定健診(かかりつけ医院または最寄りの医院)で受診を希望される場合は、
太枠内ご記入の上、日野自動車健康保険組合へFAXまたは郵送してください。

注意) 受診券がないと特定健診が受けられませんので、**健診日の1週間前まで**にご依頼ください。

受診対象者	40歳以上の被扶養者、40歳以上の任意継続被保険者
申込・受診期間	2025年4月1日～2026年1月31日

今年度日野健保の健診は未受診であることを確認のうえ申請してください

被保険者の保険証 記号・番号	12 -	被保険者氏名 (従業員本人または 任意継続本人)	
受診者氏名			

受診券送付先住所をご記入ください

尚、来年度の健診ご案内はご記入いただいた住所に送付いたします

住所	〒 -		
宛名		TELNo.	

提出先: 〒191-8660 日野市日野台3-1-1 日野自動車健康保険組合 健康づくり事業行き

問合せ先: 日野自動車健康保険組合 TEL 042-586-5720(内線 8-1-5720)

FAX 042-586-5133(内線 8-1-5133)

R6.2改訂