


【提出先:プルデンシャル健康保険組合】

特定健康診査 受診券 交付申請書

【注意事項】この申請書は、健診予定日の1ヶ月前までに当健康保険組合に届くように提出してください

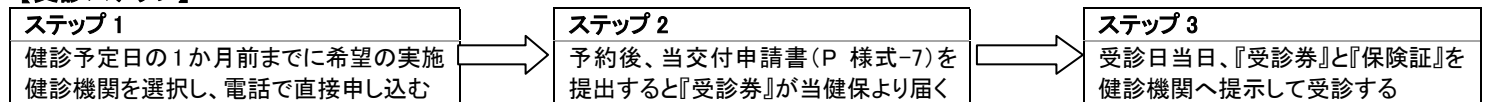
被保険者証 記号・番号	記号	番号	申請 年月日	年 月 日 (年度最終締切日:1月31日当健保組合申請書必着)
フリガナ 被保険者氏名 (自署)			事業所名	<input type="checkbox"/> PHJ <input type="checkbox"/> POJ <input type="checkbox"/> PGSJ <input type="checkbox"/> PGA <input type="checkbox"/> 任継 <input type="checkbox"/> 特退
被保険者連絡先 (日中連絡可能な 電話番号)	()		所属名	本社()チーム ()支社 その他()
受診者氏名 ※在職被保険者対象外			受診者 性別	<input type="checkbox"/> 男 受診者 <input type="checkbox"/> 女 年齢 ()歳 当年度中に40歳以上75歳未満
「受診券」送付先の 被保険者住所 ※被保険者宛に 送付いたします	〒(-)		・特定健康診査(メタボ健診)は、原則として、健康保険組合連合会のホームページに掲載されている健診機関で受診できます	
予約健診機関名			健診予定日 【必須】	年 月 日頃 (『受診券』の有効期限:原則、健診予定日の翌月末日)

【特定健康診査】

内容	国が定めた項目:身長、体重、BMI、腹囲、血圧測定、血液検査、肝機能検査、血糖検査、尿検査等の健診項目、問診項目
当健保 補助 対象者	当年度末 40歳から74歳までの被扶養者 当年度末 40歳から74歳までの特例退職被保険者及びその被扶養者 当年度末 40歳から74歳までの任意継続被保険者及びその被扶養者
受診期間	受診日:当年4月1日から翌年3月31日まで(受診推奨期間:当年12月31日まで)
受診方法	健診当日、交付された「受診券」と「保険証」を窓口で提示してください いずれか一方でも提示のない場合は受診することができません
補助 健診回数	特定健康診査の健診料は、全額、当健保組合が負担します 健診当日、健診機関窓口で、特定健診についての健診料の支払いはありません 特定健康診査は、年度1回で、人間ドックとの重複補助はできません
実施 健診 機関	健康保険組合連合会のホームページ掲載の健診機関「特定健診等実施施設検索システム」 http://hoken.kenporen.or.jp/kensin/  ※ 「特定健診等実施施設検索システム」のパスワード 加入の健康保険組合名: プルデンシャル 健康保険組合 保険者番号: 06130934 ※特例退職被保険者および被扶養者の方は、保険証保険者番号 冒頭2桁「63」を『06』に置き換えてご入力ください。 特定健診の実施施設には、AタイプとBタイプがあります。 当健保組合は、両タイプと契約していますので、Aタイプ・Bタイプより健診機関の選択が可能です ※Aタイプ:健保連と6つの健診団体との契約における実施施設の紹介 ※Bタイプ:都道府県代表者と医師会等との契約における実施施設の紹介

・特定健康診査(メタボ健診)は、法律で定められた健診項目を受診する必要があります

【受診ステップ】



健保 使用欄	常務理事	事務長	確認者	担当者	受診券 NO	受診券送付日