

受 付 年 月 日

【企業(健保用)】 (様式25)

## 特定健康診査申込書 (令和7年度)

空欄に記入してください。  
健診日の3週間前までに提出してください。

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

フリガナ 氏 名	姓		名		性別
					男 ・ 女
生年月日	昭和・平成		年	月	日 ( 歳)
住 所	〒				
電話番号(自宅)	( )	種 別	被保険者 被扶養者		
(FAX)	( )				
(携帯)	( )				
健 康 保 険	保険者名称				
	保険者番号				
	記号・番号	記号	番号		
特定健康診査 受 診 券	整理番号				
	有効期限	令和	年	月	日
備 考					
希望健診日	令 和	年	月	日	

- ※ 1. 必ず、受診券(写し)を添付してください。  
資格確認証、または有効期間内の保険証があればその写しも添付して下さい。  
(マイナ保険証の場合は不要)
2. 当日、午後の面談は必須となります。(時間指定はお受けできません)

小牧市民病院健診センター

※下段は、健診センターで使用

基本部分	詳細部分 (貧血検査・心電図検査・眼底検査・クレアチニン及びeGFR)
------	-------------------------------------

(R7.1.7作成)