

被扶養家族用

# 特定健診 受診券発行申請書

令和 年 月 日 申請

## 【申請者記入欄】

保険証の記号 - 番号	—		
被保険者(社員)	氏名:		
受診者(被扶養家族)	氏名:	続柄:	
連絡先(TEL)			
受診券の送付先	<input type="checkbox"/> 所属部門へ (社内便で送付)	カンパニー・支店名:	
		部門名:	
	<input type="checkbox"/> 自宅へ郵送	〒:	
		住所:	
	<input type="checkbox"/> ミライト・ワン健康保険組合(豊洲ビル7F)で受け取る		

## 【健保使用欄】

基金登録日	令和 4 年 4 月 1 日
受診券No	221000000 _____
受診券送付日	令和 年 月 日

## ミライト・ワン健康保険組合

### <申請方法>

太枠内をご記入の上、郵送かFAXまたはメールに添付の上ご申請ください

・送付先: 〒135-8111

江東区豊洲5-6-36豊洲プライムスクエア6F

・FAX: 03-5548-1094

・メール: [dkenpo@mirait-one.com](mailto:dkenpo@mirait-one.com)

### <お問い合わせ>

TEL: 03-6807-3804(内線:20026)

受付印	
	担当