仙台市職員共済組合理事長　様

下記のとおり、特定健康診査受診券の交付を申請します（太枠の中をご記入ください。）。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請日 | 　　令和　　年　　月　　日 |  |
| 所属 |  | TEL　　　　（　　　　） |
| 組合員証番号 |  | ※職員番号と同一です。（一部再任用職員を除く） |
| 組合員氏名 |  | ※旧姓使用の方は、保険証に記載されている姓でご記入ください。 |
| 任用期間 | 令和　　年　　月　　日　　～　　令和　　年　　月　　日 |
| 受診資格の確認 | 以下の項目の内容を確認し、□に「レ」を入れてください。（すべてにレ点がつかない場合は、受診対象にはなりません。）□今年度末時点の年齢が40歳以上75歳以下□私は、今年度、職場の定期健康診断の対象ではありません。□私は、今年度、以下の健診を受けておらず、受診予定もありません。　雇入時健診、共済組合の人間ドック、共済組合又は他保険者の特定健康診査 |

【受診券について】

○有効期限

年度末まで（75歳の誕生日を迎える方は75歳の誕生日の前日までしか受診できません。）

ただし、有効期限内であっても、資格喪失後（仙台市を退職した後）に特定健康診査を受診された場合や、「受診資格の確認」で申告した内容に相違があった場合は、全額自己負担となりますので、ご注意願います。

○受診券送付先　共済組合に届け出されている住所に郵送します。

【健診項目】



共済組合決裁欄（以下は記入しないでください。）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 決　　裁 | 事務局長 | 事務局次長 | 総務係長 | 健康福祉係長 | 担当 | 起案　　　年　　月　　日決裁　　　年　　月　　日施行　　　年　　月　　日 |
|  |  |  |  |  |

　申請のとおり、特定健康診査受診券を発行し、併せて社会保険診療報酬支払基金に対し受診券情報の登録をしてよろしいか伺います。