令和7年度

特定健診受診申込書

課　長	係　長	係

被保険者等 記号－番号	－	ふりがな 被保険者 氏　　名		
ふりがな 受診者氏名		性　別 男・女	続　柄	
受診者 生年月日	昭和　　年　　月　　日 （　　才）	自宅電話	（　　）	
自宅住所	〒　　－		受診者負担額	2，750円
事業所 名　　称		事業所 電　　話	（　　）	
事業所 住　　所	〒　　－			

利用する団体機関 （ホームページにて利用できる医療機関をご確認ください）	健保連　・　東振協
特定健診受診券をどちらに送付しますか？ （いずれも上記記載の住所へお送りします）	自宅　・　事業所

上記のとおり受診の申し込みをいたします。　　令和　　年　　月　　日

全国印刷工業健康保険組合　殿

＜申込みの流れ＞

①印刷健保のホームページ（https://www.insatukenpo.or.jp/）で、健保連または東振協の実施医療機関をご確認のうえ、受診を希望する医療機関へご予約ください。

②「特定健診受診申込書」を、郵送またはFAXにて印刷健保にご提出ください。

③印刷健保から「特定健診受診券」を送付いたします。

④受診当日は特定健診受診券とマイナ保険証、資格確認書又は健康保険証（経過措置により令和7年12月1日まで使用可能）を、受診する医療機関の窓口にご提出ください。

⑤**受診者の自己負担額は、2，750円(税込)**となりますので、医療機関窓口でお支払いください。

＜令和7年度の対象者＞

・対象年齢は、令和7年4月1日～令和8年3月31日までに40歳～74歳となる方および75歳に達する被扶養者（妻以外）です。

令和8年3月31日までに75歳となる方は、75歳になる誕生日の前日までです。

注意

・申込書に記載された個人情報は、特定健診の受診券発行の手続きのためにのみ利用します。

・健診結果は、健診機関への支払い、統計の作成及び健診後の事後指導などに不可欠なため印刷健保へ報告されます。

・個人情報保護の取扱いについては、印刷健保のホームページをご覧ください。

〒110-8646　東京都台東区東上野1-7-2
全国印刷工業健康保険組合　保健推進課
FAX：03-5834-3184