健診受診日の 20 日前までに
（株）ベストライフ・プロモーション必着となるよう送付してください

（株）ベストライフ・プロモーション　行

受診券

特定健康診査受診券　申請書

（集合契約健診機関で特定健康診査を受診する場合）

市区町村の住民健診など、集合契約健診機関で特定健康診査を受診する場合、「特定健康診査受診券」が必要となりますので、この申請書を使って受診券発行の手続きをしてください。

※契約健診機関で富士通健康保険組合の健診を受診する場合や、かかりつけ医院他、契約健診機関以外で受診し費用を立替払い請求する場合、受診券は不要です。申請の必要はありません。

※この受診方法を選択した場合は特定健康診査項目のみ無料で受診できます。特定健康診査項目以外の検査を追加で行った場合は個人負担となり、富士通健康保険組合への補助金請求はできません。

対象者	**富士通健康保険組合加入中で、 4 月 1 日～3 月 31 日の間に 40 歳以上となる方（74 歳までの方）**
申請方法	・本紙を記入し、**（株）ベストライフ・プロモーションに郵送**してください。 郵送以外の方法による申請（ファクスなど）はできません。 **郵送先** → **〒211-0041　川崎市中原区下小田中 2-12-5 富士通中原ビル 5 階 （株）ベストライフ・プロモーション　受診券担当　宛て** ※封書に「特定健康診査受診券申請書在中」とご記入ください

受診者記入欄　この枠内の記入を済ませて必要書類とともに郵送してください

被保険者	健康保険証の記号	健康保険証の番号	請求書記入日	
			西暦　　年　　月　　日	
	被保険者氏名	日中繋がる連絡先（携帯・内線）		
	（ふりがな）			
受診者	受診者氏名	続柄	受診者の生年月日	
			西暦　　年　　月　　日 （　　）歳	
	受診券送付先住所			
	（〒　　－　　） （連絡先電話：　　－　　－　　）			
	受診予定日			
	西暦　　年　　月　　日　受診予定			

※本帳票により収集した個人情報は富士通健康保険組合の保健事業実施目的以外には使用しません。また、個人情報保護法に基づき適切に管理いたします。
※富士通健康保険組合の健診業務は、富士通㈱100%出資のグループ会社である㈱ベストライフ・プロモーションに委託しています。　富士通健康保険組合

（お問い合わせ先）健診コンタクトセンター　0120-373-155

＜ベストライフ・プロモーション使用欄＞

受診券発行番号												発行区分	一般（06）・特退（63）