

# 特定健康診査結果表提出に係る QUOカード申請書

常務理事	事務長	担当

中部アイティ産業健康保険組合 理事長 殿

健康保険被保険者証	記号		番号			
記号・番号						
被保険者氏名			事業所名			
申請対象者氏名			続柄			
申請対象者生年月日	昭・平	年	月	日	年齢	歳
連絡先	( ) -					
送付先	事業所 ・ 被保険者住所 ・ その他					
希望送付先住所 (その他を選択した場合記載)	〒 -					

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

被保険者 住所 〒 -

氏名

## ※申請要件

申請時に当健保に在籍している40歳以上74歳以下の被扶養者であり、当健保より申請年度に健康診断の補助を受けていない方のみご申請いただけます。

## ※添付書類

勤務先において特定健康診査を受診した健診結果(写)と質問票

## ※健診受診期間

受診した年度内(4月～翌2月受診分まで)

## ※申請期間

受診した年度内(4月～翌3月15日末)必着

健康保険組合記入欄

受付日付印

QUOカード 送付日	年	月	日
---------------	---	---	---