

特定健康診査受診券発行申請書

申請年月日 令和 年 月 日

所属所名		組合員番号	
組合員氏名			
受診者氏名			
受診者生年月日	年 月 日	組合員との続柄	
組合員資格取得または被扶養者認定年月日	令和 年 月 日		
資格取得または被扶養者認定前に加入していた医療保険制度の保険者名 (①から④のいずれかに記入してください)	① 国民健康保険 _____ 市・町・村 ② 全国健康保険協会 _____ 支部 ③ 共済組合 _____ 共済組合 _____ 支部 ④ 健康保険組合 _____ 健康保険組合		

下記項目を確認しましたので、特定健康診査受診券の発行を申請します。

次の項目について、チェック結果欄の該当する□にレ印をつけてください。

番号	項 目	チェック結果
1	今年度、40歳～75未満の鳥取県市町村職員共済組合の組合員または被扶養者です。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2	次の①～⑤に該当しません。 ① 現在妊娠中または産後1年以内である。 ② 刑事施設、労役場その他これに準ずる施設に拘禁されている。 ③ 国内に住居を有しない。 ④ 病院または診療所に6か月以上継続して入院中である。 ⑤ 障害者支援施設、重度知的障害者総合施設、養護老人ホーム、特別養護老人ホームまたは介護保険施設へ入所中である。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3	今年度の4月1日以降、鳥取県市町村職員共済組合の組合員または被扶養者となる前に、他の医療保険者による特定健康診査を受けていません。(事業主健診または保険者が行う人間ドック等を受診し、特定健康診査の実施に代える場合を含みます。) * 事業主健診・・・勤務先で行われる健康診断です。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
4	鳥取県市町村職員共済組合の組合員資格取得後、または被扶養者認定後に事業主健診を受けていません。また、今年度中に受ける予定はありません。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

※ 「いいえ」にチェックした項目がある場合は、特定健康診査受診券の発行対象外となるため申請できません。