

受診希望者 → 事業所へ提出 → 事業所は健保組合へFAX

発信元 FAX 番号 \_\_\_\_\_

NO. \_\_\_\_\_

**特定保健指導 利用申込書**

事業所名					
保険証 記号・番号	記号	自宅住所	〒 _____		
	番号		Tel ( _____ ) _____		
フリガナ		性別	被保険者 被扶養者	生年月日	S 年 月 日 ( 才 )
受診者 氏名		男・女			
e-mail	_____ @ _____				
特定保健 指導機関名		初回面談日 (予約済)	_____ 年 月 日 ( )		
指導区分	動機付け支援 ・ 積極的支援				

\* 太枠内は漏れのないようご記入下さい。

※資格確認後、利用券を発行いたします。

※上記記載の個人情報については事業の実施に必要な目的以外には利用いたしません。  
なお、特定保健指導の結果については当組合の保健事業に活用させて頂く場合がございます。

上記について同意のうえ申込みます。

年 月 日

MBK連合健康保険組合 殿

氏名(自署) \_\_\_\_\_

MBK連合健康保険組合  
(FAX : 03-5297-1715)