

契 約 健 診 機 関 家 族 健 診 申 込 書

《40才以上75才未満の被扶養者が対象》
※受診年度内に40歳の誕生日を迎える方を含む



記 号		番 号		事業所名					
フ リ ガ ナ									
被 保 険 者 氏 名									
フ リ ガ ナ				生 年 月 日	年 齢	性 別			
受 診 者 氏 名 (被扶養者氏名)				西 暦 年 月 日	歳				
受診カード送付先	いずれかを○で選択			所在地又は住所 〒					
	<input type="checkbox"/> 被保険者の勤務先 <input type="checkbox"/> 自 宅			名称又は氏名					
				連絡先 ☎					
健 診 機 関 名					健 診 日	西 暦	年	月	日

※申込時に必要な健康保険の記号・番号につきましては、当組合発行の資格情報のお知らせ、資格確認書のほか、マイナポータルでも確認できます。

※この申し込みに係る個人データについては、家族健診利用以外の目的には使用いたしません。

健保 FAX 03-5812-0911