

# 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

FAX送信方向

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 <input type="checkbox"/> 被保険者の勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅	所在地又は住所			
		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