契約健診機関　家族健診　日程変更届

FAX送信方向

記号		番号		事業所名			
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	いずれかを〇で選択 ↙ □ 被保険者の勤務先 □ 自宅			所在地又は住所　〒			
				名称又は氏名			
				連絡先☎			

FAX送信方向

健診予約	健診機関名	変更前	西暦 年　月　日
		変更後	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