

特例退職被保険者
任意継続被保険者
健康診査申込書

1.被保険者証の	記号	2.被保険者の氏名	(フリガナ)
	番号		

受診者が被保険者のとき	3.健診種類	A.生活習慣病予防健診 B.特定健診 C.日帰り人間ドック D.一泊人間ドック			
	4.受診者の	氏名	続柄	生年月日	昭和 平成 年 月 日
		住所	〒 - (TEL)		
	5.実施方法	A方式(健保組合の契約健診機関)[健康診査受診票を発行します。] B方式(任意の健診機関)[補助金の請求書を送付します。]			
	6.予約をした健診機関名を記入してください。				コード (この欄は未記入)
7.予約をした受診日を右欄に記入してください。	平成 年 月 日受診				

受診者が被扶養者のとき	3.健診種類	受診できる健診「被扶養配偶者」は、下記のAからCのいずれか。 「40歳以上の被扶養者」は、下記のA又はBのいずれか。 A.生活習慣病予防健診 B.特定健診 C.日帰り人間ドック			
	4.受診者の	氏名	続柄	生年月日	昭和 平成 年 月 日
		住所	〒 - (TEL)		
	5.実施方法	A方式(健保組合の契約健診機関)[健康診査受診票を発行します。] B方式(任意の健診機関)[補助金の請求書を送付します。]			
	6.予約をした健診機関名を記入してください。				コード (この欄は未記入)
7.予約をした受診日を右欄に記入してください。	平成 年 月 日受診				

【申込みについて】

受診希望者が、受診する健診機関へ電話をして、健診受診日の予約(また胃部X線検査・婦人科健診・前立腺(P S A検査)の希望の有無)をしたのち、健保組合にこの申込書を提出してください。(郵送又はF A X)

F A X送付先	本 部	03-3238-1047	北海道・東北支部	022-299-5530
	中国・四国支部	082-242-2854	九州支部	092-714-7632