

常務理事	事務長	課長	係長	係

組合健診申込書(任継者用)

保険証記号		9991又は9999	保険証番号		〇〇〇〇	資格喪失予定日 (*組合記入欄)		年		月		日							
被保険者氏名		健 保 次 郎																	
受診者	フリガナ	ケンポ ハルコ				続柄	本人 配偶者	性別	男 女	生年月日	昭和 平成	〇〇年〇〇月〇〇日〇〇歳							
	氏名	健 保 春 子																	
	住所	〒135 - 0001 東京都江東区錦糸 2-3-4										日中の連絡先 〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇							
受診医療機関		契約医療機関名		契約医療機関番号 〇〇〇〇		契約以外の医療機関名		電話番号 ()											
健診日		〇〇年		〇〇月		〇〇日		健診種別		※受診する健診種別に○をつけてください 生活習慣病健診・人間ドック									

- ① この申込書は、健診日を予約した後、組合へ郵送またはFAXでお送りください。
- ② 人間ドックは、40歳以上の方(年度内40歳到達者含む。)が対象です。
- ③ 契約以外の医療機関で受診される場合は、検査内容と料金がわかるもの(パンフレット等)を添付してください。後日、組合から補助金請求書類を送付いたします。

印刷製本包装機械健康保険組合
 電話 03-3634-0048
 FAX 03-3634-0428