

東振協 生活習慣病健診申込書

枚目 / 枚中

事業所名				事業所記号		
所在地				電話番号		
				ご担当者名		
健診機関コード	.....	健診機関名称				地区 (都道府県)
健診日	令和	年	月	日	備考	

*被保険者証番号順にご記入ください。

被保険者証番号	受診者氏名	生年月日	性別	健診区分
	フリガナ	昭和・平成	男性 女性	A2・B
	.....	年 月 日 (歳)		備考
	フリガナ	昭和・平成	男性 女性	A2・B
	.....	年 月 日 (歳)		備考
	フリガナ	昭和・平成	男性 女性	A2・B
	.....	年 月 日 (歳)		備考
	フリガナ	昭和・平成	男性 女性	A2・B
	.....	年 月 日 (歳)		備考
	フリガナ	昭和・平成	男性 女性	A2・B
	.....	年 月 日 (歳)		備考
	フリガナ	昭和・平成	男性 女性	A2・B
	.....	年 月 日 (歳)		備考
	フリガナ	昭和・平成	男性 女性	A2・B
	.....	年 月 日 (歳)		備考
	フリガナ	昭和・平成	男性 女性	A2・B
	.....	年 月 日 (歳)		備考
	フリガナ	昭和・平成	男性 女性	A2・B
	.....	年 月 日 (歳)		備考

この申込書は健診機関と日程を調整後、当健保組合へご提出ください。

1. 健保組合で実施する健康診断は年度内1回の受診を限度とします (2回目以降は全額自己負担となります)
2. B健診の受診者で婦人科(子宮・乳房)のオプション検査を希望する場合は、直接健診機関へお問合せください。
3. 健診結果は健康管理を目的に健保組合へ報告され、事業主と共同利用されます。
4. 報告された健診結果につきましては、個人情報保護に努め、特定保健指導等のアフターフォロー事業に活用いたします。

※事業主との共同利用は同意書を提出されることにより実施いたします。
 健診区分 A2…30歳未満 B…30歳以上 (年齢は当該年度に達する年齢)
 人数が多くなる場合は申込書をコピーしてお使いください。

健保受付印

※健診機関様へ
 東振協契約に基づき処理いただきますよう、よろしくお願いいたします。