

特定健診申込書

被 保 険 者 等 号 被 記 号 ・ 番 号		記 号 〇〇〇	番 号 〇〇〇
事 業 所 名		〇〇〇〇株式会社	
被 保 険 者 氏 名		健保 太郎	
受 診 者	氏 名	フリガナ ケンポ エイコ	続 柄 家族
		健保 栄子	
	生 年 月 日	昭和 〇〇年 〇〇月 〇〇日生	
	住 所	〒 〇 〇 〇 - 〇 〇 〇 〇 〇〇県〇〇市〇〇1-1-1	
電 話 番 号		〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇	
健 診 コー ス		特定健診	
希 望 健 診 機 関 名 (必ず記入してください)		〇〇〇〇病院	健 診 機 関 区 分 〇
健 診 希 望 時 期		令和〇〇年〇〇月頃希望	

【個人情報の取り扱いについて】
申込書の記載事項及び健診結果については、今後の健診を円滑に実施するため及び健康管理・健康水準向上対策の活用のためのみ、組合及び健診機関において使用することとします。

上記の通り申し込みます
令和〇〇年〇〇月〇〇日

事 業 所 名	〇〇〇〇株式会社
所 在 地	東京都江東区富岡〇〇-〇〇-〇〇
健 保 委 員 氏 名	〇〇 〇〇
電 話 番 号	〇〇(〇〇〇〇)〇〇〇〇

倉庫業健康保険組合
受付印