

特定健診申込書

被 保 険 者 等 号 記 号		2000	番 号	〇〇〇〇
事 業 所 名		任 意 継 続 被 保 険 者(被扶養者)		
被 保 険 者 氏 名		健 保 花 子		
受 診 者	氏 名	フリガナ	ケンポ ハナコ	続 柄
		健 保 花 子		1. 本人
			2. 家族	
	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 (E コー ス)		
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、以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。

被保険者氏名 健 保 花 子

倉庫業健康保険組合
受付印