

特例退職被保険者 任意継続被保険者 「A方式」健康診査申込書

被保険者証	記号	番号				
被保険者氏名	フリガナ	生年月日	昭和	年	月	日
			平成			
被保険者住所	〒 () -					

被保険者欄	受診する健診	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			
	予約をした健診機関				※コード(この欄は未記入)
	予約した受診日	令和	年	月	日受診

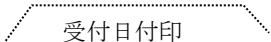
被扶養者欄	受診する方の氏名	フリガナ	続柄	生年月日	昭和	年	月	日
					平成			
	上記と住所が異なるとき	〒 () -						
	受診する健診	「被扶養配偶者」の方 A. 生活習慣病予防健診 B. 特定健診 C. 日帰り人間ドック						
		「40歳以上の被扶養者」の方 A. 生活習慣病予防健診 B. 特定健診						
予約をした健診機関				※コード(この欄は未記入)				
予約した受診日	令和	年	月	日受診				

※印欄は記入しないでください。

【申込みについて】

健診機関に電話予約(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、郵送又はF A Xにて管轄の本部・支部あて提出してください。

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

令和 年 月 日提出
 受付日付印