生活習慣病予防健診申込書

被扶養配偶者

40歳以上の被扶養者

下記のとおり契約健診機関に予約をしたので、申し込みます。

事業所名

担当者名

電話番号

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 健診機関名 |  | ※コード |  |  |  |  |

※欄は、記入しないでください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 健康診査の種類 | 被保険者証の | | ﾌﾘｶﾞﾅ | 生 年 月 日 | 住 所　・　電 話 番 号 | 同居  別居  の別 | 受 診 日 | 備　考 |
| 記 号 | 番 号 | 氏　名 |
| 生活習慣病予防健診 |  |  |  | 昭和  　　年　　月　　日  平成 | 〒  （TEL　　　　　　　　　　　） | 同・別 | 月　 日 |  |
|  |
| 生活習慣病予防健診 |  |  |  | 昭和  　　年　　月　　日  平成 | 〒  （TEL　　　　　　　　　　　） | 同・別 | 月　 日 |  |
|  |
| 生活習慣病予防健診 |  |  |  | 昭和  　　年　　月　　日  平成 | 〒  （TEL　　　　　　　　　　　） | 同・別 | 月　 日 |  |
|  |
| 生活習慣病予防健診 |  |  |  | 昭和  　　年　　月　　日  平成 | 〒  （TEL　　　　　　　　　　　） | 同・別 | 月　 日 |  |
|  |
| 生活習慣病予防健診 |  |  |  | 昭和  　　年　　月　　日  平成 | 〒  （TEL　　　　　　　　　　　） | 同・別 | 月　 日 |  |
|  |
| 生活習慣病予防健診 |  |  |  | 昭和  　　年　　月　　日  平成 | 〒  （TEL　　　　　　　　　　　） | 同・別 | 月　 日 |  |
|  |
| 生活習慣病予防健診 |  |  |  | 昭和  　　年　　月　　日  平成 | 〒  （TEL　　　　　　　　　　　） | 同・別 | 月　 日 |  |
|  |

（注意）1.この申込書は、健診機関ごとにとりまとめのうえ、郵送またはＦＡＸで所轄の本部又は支部に提出してください。

令和　　年　　月　　日提出

受付日付印

平成　　年　　月　　日提出

受付日付印

　　　　2.胃部Ｘ線検査・婦人科健診・前立腺（ＰＳＡ）を希望する場合は、予約時にその旨を伝えてください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ＦＡＸ  送付先 | 本部　03-3238-1047 | 北海道・東北支部　022-299-5530 |
| 中国・四国支部　082-242-2854 | 九州支部　092-714-7632 |

民間放送健康保険組合

平成　　年　　月　　日提出

受付日付印

平成　　年　　月　　日提出

受付日付印