|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 記号 | 番号 |  | |
|  |  |
| 被保険者  氏名 | ﾌﾘｶﾞﾅ | | 生年月日 | 昭和  年　　　月　　　日  平成 |
|  | |
| 被保険者  住所 | 〒  ℡(　　　　　)　　　　　－  ※日中、連絡可能な電話番号をご記入ください | | | |

「Ａ方式」健康診査申込書

特例退職被保険者

任意継続被保険者

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | ﾌﾘｶﾞﾅ | | 続柄 |  | 生年月日 | 昭和  　　年　　月　　日  平成 | | | | |
|  | |
| 上記と住所が  異なるとき | 〒　　　-  ℡(　　　　　)　　　　　－  ※日中、連絡可能な電話番号をご記入ください | | | | | | | | | |
| 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（ＰＳＡ検査）の希望の有無）をしたのち、郵送又はＦＡＸにて管轄の本部・支部あて提出してください。　　　　　　　　　　　　　　　　　「受診票」をご自宅に郵送いたしますので健診当日にご持参ください。**

令和　　年　　月　　日提出

平成 　年 　月 　日提出

受付日付印

|  |  |
| --- | --- |
| 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