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