

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	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	〒				
	Tel () - ※日中、連絡可能な電話番号をご記入ください				

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	〒 - Tel () - ※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

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

受付日付印