

# 被扶養配偶者 40歳以上の被扶養者

# 生活習慣病予防健診申込書

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。

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

事業所名  
担当者名  
電話番号

※欄は、記入しないでください。

健康診査の種類	被保険者の		フリガナ 氏名	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						
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るうえ、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。  
2. 胃部X線検査・婦人科健診・前立腺(P S A)を希望する場合は、予約時にその旨を伝えてください。

令和 年 月 日提出

受付日付印

FAX	本	部	03-3238-1047	北海道・東北支部	022-299-5530
送付先	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