

健保連専用 特定健診 予約済連絡書

被扶養者
任意継続被保険者用
(40歳以上)

- ◎年度内にいずれか1つの受診コース補助になります。重複して受診することはできません。
- ◎予約後なるべく早目にご記入いただき(*該当項目を○で囲む)、受診する日の10日前までに当組合保健事業課宛に FAXまたは郵送でご提出ください。ご提出後に受診券(セット券)を送付いたします。
- ◎受診前に当組合保健事業課までご提出いただけない場合、医療機関に対し補助金含む費用の全額立替払いとなる場合がありますので、ご了承ください。

| | | | | | | |
|---|--------|---------------------------------------|---|--------|----------|-------|
| 受診されるあなた自身について | 保険証の記号 | | | 保険証の番号 | | |
| | 氏名 | | | | 性別* | 男性 女性 |
| | 生年月日 | 昭和 | 年 | 月 | 日 | (歳) |
| | 住所 | 〒 — | | | | |
| 連絡先 日中にご連絡の つきやすい連絡先を いずれか記入 | 電話 | * 勤務先・自宅・個人携帯(スマホ) | | | | |
| | FAX | * 勤務先・自宅 | | | | |
| | E/mail | * 勤務先・自宅・個人携帯(スマホ) | | | | |
| 予約先(受診先)について | 医療機関名 | | | | | |
| | 都道府県 | | | | 市町 村区 | |
| | 受診コース | <u>医療機関に予約の際は必ず「健保連 特定健診」とお伝えください</u> | | | | |
| | | 健保連 特定健診 ※オプション金額は自己負担です | | | | |
| 受診する日 | 令和 | 年 | 月 | 日 | ()曜日 | |
| ※予約不要の医療機関の場合は受診する日の欄におおよその受診日をご記入ください。 | | | | | | |

〔個人情報の取扱い〕 …詳細内容は当組合ホームページでご確認いただけます。

申込書の記載内容および健診等結果は、補助支払、保健事業の企画運営に使用し、他の目的には使用しません。