ＦＡＸ：03-3662-9955
（予防 4）

被 扶 養 者 （ 家 族 ） 健 診 申 込 書 （個人用）

（兼）「契約健診機関利用書」及び「特定健診受診券」発行依頼書

希望する健診のコース（いずれか一つに〇を付けて下さい）			
40 歳以上の被扶養者（家族）		**39 歳までの被扶養者（家族）**	
〇記入欄	コース名	〇記入欄	コース名
	A. 人間ドック （**当組合契約健診機関で受診** 28,000 円まで補助）		B .生活習慣病健診 （**当組合契約健診機関で受診** 15,000 円まで補助）
	特定健診（メタボリックシンドローム健診） （健保連指定健診機関で受診。自己負担額 0 円）		
	A の受診で、自己負担額を被保険者が勤務する会社で負担いただける場合は、左の二重枠の欄にも〇を記入して下さい。 ※会社が負担するかどうかは、被保険者の勤務先にお問合わせ下さい。		
※　年度末（3 月 31 日）までに 40 歳になる方は、40 歳以上の健診を受けることが出来ます。 ※　健診を受けられるのは年度内（4 月 1 日～3 月 31 日）に 1 回です。			

被保険者（本人）が勤務する会社名			
被保険者の記号・番号	記号：　　・番号：	被保険者（本人）氏名	
受診される被扶養者（家族）の氏名・続柄	（続柄　　）	受診される被扶養者の生年月日・お歳	昭和 平成　　年　　月　　日生（　　歳）
被扶養者の住所・日中の連絡先	〒　　― TEL.　　（　　）		
健診受診年月日		令和　　年　　月　　日受診	
健診機関コード		健診機関名	

※まず健診機関に直接ご連絡いただき、ご予約をお取りになられました後に本申込書をお送りください。

受　付　印