

Aコース

生活習慣病予防健診申込書

(被扶養者及び任意継続加入者専用)

予約が取れましたので、下記のとおり生活習慣病予防健診を申込みます。

申 込 日	年 月 日		
被保険者等 記号・番号	記号		番号
被 保 険 者			
* 事業所名			
氏 名			
受 診 者			
氏 名	性別	生年月日	続柄
	1.男 2.女	年 月 日	1.本人 2.家族
自宅住所	㊦		
T E L	()		
健診実施機関名			
健診予約年月日	年 月 日		
婦人科検診受診の場合は 該当欄に○印を記入してください。		乳	子

* は任意継続加入者は記入の必要はありません。

㊦ 資格喪失後に健診を受けられた場合は、健診の費用は全額自己負担となりますのでご注意ください。