

# 特定健診申込書

健診機関名							
受診予定日				令和    年    月    日			
(特定健診を受ける者)	保険証記号 - 番号			フリガナ			
	-			氏 名			
	性別	男・女	生年月日	昭和    年    月    日	被保険者との続柄	1. 本人 2. 家族 続柄 (    )	
	住所	〒			電話 (    )		

被 保 険 者	上記のとおり申し込みます。  令和    年    月    日  事業所名  氏 名
------------------	---

《注意事項》

※健診の予約は、本人が直接健診機関に申込をしてください。

※申込書を当健保組合に提出後、「受診券」を発行します。

以下【問合せ先】にお電話いただいても発行可能です。その場合、申込書は不要です。

※この特定健診を実施することによって得た健診結果等の個人情報、組合の事業目的で使用する以外は、一切使用いたしません。ただし、法令に基づく場合や人の生命、財産などの保護の必要がある場合などを除きます。

【問合せ先】 保健事業課 電話048-643-5164  
埼玉機械工業健康保険組合