

## 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○を付けて下さい)			
<b>40 歳以上の被扶養者 (家族)</b>		<b>39 歳までの被扶養者 (家族)</b>	
○記入欄	コース名	○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 (ご主人) 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○を記入して下さい。 ※会社が負担するかどうかは、被保険者 (ご主人) の勤務先にお問合わせ下さい。		
※ 平成 30 年 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できます。 ※ 健診を受けられるのは年度内 (平成 29 年 4 月～平成 30 年 3 月) に 1 回です。			

被保険者 (本人) が勤務する会社名			
保険証の記号 : 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)	受診される方の生年月日・お歳	昭和 年 月 日生 ( 歳) 平成
ご自宅の住所	〒 ( ) Tel. ( )		
受診日 (予約した日)	平成 年 月 日		
健診機関名			

受 付 印