

平成29年度 若年健診申込書 (被保険者用)

申込締切日
平成29年9月29日(金)
 必着 (FAX不可)

医療機関 NO.
医療機関名

- ◎事業所名
- ◎所在地 〒
- ◎TEL ()
- ◎連絡者名

つぎのとおり申込みます。

※必ずご記入ください

※H29年度のみ実施 (女性の方)

保険証		フリガナ	生年月日	年齢	性別	都合の良い時期	都合の悪い時期	乳がんエコー 検査希望	備考
記号	番号	氏名				(8月～11月)			
			昭 平 年 月 日		男・女			有・無	
問診票等希望送付先〒					TEL				
			昭 平 年 月 日		男・女			有・無	
問診票等希望送付先〒					TEL				
			昭 平 年 月 日		男・女			有・無	
問診票等希望送付先〒					TEL				
			昭 平 年 月 日		男・女			有・無	
問診票等希望送付先〒					TEL				

- ◎申込書は医療機関ごとに作成して、健保組合に郵送して下さい。(FAX不可)
- ◎女性の方は乳がんエコー検査希望の有無を必ずご記入下さい。(平成29年度のみ実施)
- ◎受検日に資格を喪失している場合は、補助対象となりませんのでご注意ください。
- ◎必ず実施期間内に受検して下さい。(8月～11月)
- ◎医療機関の変更があった際には、必ず事前に健保組合に連絡して下さい。
(事前連絡がない場合、全額自己負担となります。)

※健診事業遂行のために以下のことを行います。

- ①健診委託機関へ申込者の情報を提供します
- ②健診委託機関から受検者の健診データを収集し、当組合で管理いたします。

以上のことについて、ご質問のある方は、組合までご連絡ください。