

常務理事	事務長	担当者

## 通院(半日)生活習慣病健診申込書

年 月 日

事業所 所在地

事業所 名称

受診医療機関名

( )

注:番号順に記入してください

被 保 険 者 記号・番号	氏 名	生 年 月 日	年 齢 (年度内)	性別	受診予定日	健 診 区 分
		年 月 日	歳	男女	月 日	1・2
〃		年 月 日	歳	男女	月 日	1・2
〃		年 月 日	歳	男女	月 日	1・2
〃		年 月 日	歳	男女	月 日	1・2
〃		年 月 日	歳	男女	月 日	1・2
〃		年 月 日	歳	男女	月 日	1・2
〃		年 月 日	歳	男女	月 日	1・2
〃		年 月 日	歳	男女	月 日	1・2
〃		年 月 日	歳	男女	月 日	1・2
〃		年 月 日	歳	男女	月 日	1・2

※ 同一人が年度内に人間ドック、生活習慣病予防健診、特定健診の重複受診はできません。

※ 妊娠中または妊娠のおそれのある方はご遠慮ください。

※ 健診費用の組合負担額を除いた差額を医療機関にお支払ください。

※ 全額自己負担された場合は「健診費用補助金請求書」にて当組合あてご請求ください。

### 【健診区分】

1. 年度内に35歳以上になる被保険者・被扶養者
2. 35歳未満の被保険者、30歳以上35歳未満の被扶養者