

常務理事	事務長	担当者

事業所巡回 生活習慣病健診申込書

年 月 日

事業所 所在地

事業所 名称

健診日 R. 年 月 日

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	健診区分
		年 月 日	歳	男 女	1・2
〃		年 月 日	歳	男 女	1・2
〃		年 月 日	歳	男 女	1・2
〃		年 月 日	歳	男 女	1・2
〃		年 月 日	歳	男 女	1・2
〃		年 月 日	歳	男 女	1・2
〃		年 月 日	歳	男 女	1・2
〃		年 月 日	歳	男 女	1・2
〃		年 月 日	歳	男 女	1・2
〃		年 月 日	歳	男 女	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いください。

※ 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

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