

## ファミリー健診申込書

太枠内に必要事項をご記入・捺印の上、当健保組合へご提出ください。

被扶養者(受診者)記入欄	被保険者証の 記号・番号	-	氏 名		申込者印	
					㊟	
	生 年 月 日	昭和	年	月	日生( 歳) ※平成31年4月1日現在	性別
	自 宅 住 所 号 電 話 番 号	〒 - 市・町 区  電話番号 ( )				
健 診 場 所 ( 予 定 )	<input type="checkbox"/> 職員健診会場 <input type="checkbox"/> 病 院 (遠州病院、静岡厚生病院、清水厚生病院、中伊豆温泉病院) ※いずれかの□に✓を記入してください					
被保 険者 情 報	氏 名					
	事 業 所					
	事 業 所 在 地 電 話 番 号					

◎職員健診会場または病院で受ける予定の方へ

後日、「ファミリー健診受診票」をお送りいたしますので、受診時ご提出ください。

◎パート先での健診や共済ドックを受ける予定の方へ

当健保のファミリー健診を受ける必要はありませんが、みなさまの健康づくりを支援するため、健診結果(コピー)の提供をお願いしています。必要書類は健保組合ホームページからダウンロードしていただくか、健保組合へご連絡いただければお送りいたします。

健診結果(コピー)の提供にご協力いただいた方には、御礼(QUOカード)を差し上げます。

◎県外の病院で受ける予定の方へ(県外在住の方のみ)

県外在住の方も当健保組合のファミリー健診の助成対象となりますが、受診票はご使用いただけませんので、事業所の担当者もしくは健保組合までご連絡ください。助成金は、事業所にお支払いさせていただきます。