

令和元年度ファミリー健診受診票発行申込書

太枠内に必要事項をご記入・捺印ください。

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	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 (指 定)	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)			
被 保 険 者 情 報	被保険者氏名	※受診者と同じ場合は記載不要			
	事 業 所	任意継続			
	事 業 所 所 在 地 号 電 話 番 号	/			

◎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。

健保組合のホームページから必要書類をダウンロードし、必要事項にご記入の上、健診結果の写しを添えて健保組合にご送付ください。

検査結果(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。