

市区町村集合Bタイプ専用

常務理事	事務局長	部長	課長	係長	係

平成27年度特定健康診査申込書

申込日 年 月 日

保険証		事業所名			
記号	番号				
		被保険者氏名			⑩
受診者氏名	フリガナ	性別	続柄	生年月日	
		1. 男 2. 女	家族	昭和	年 月 日

住 所 (受診券送付先)	連絡先
(〒 -)	()

医療機関名	所在地	都 道 府 県	市 区 町 村
健診予定日	平成 年 月 日		

必要な範囲での個人情報の提供について同意のうえ、申し込みます。

注意事項
<p>○ 平成27年4月以降、他の医療機関で健康診断(生活習慣病検査・巡回婦人健診・人間ドック)を受診された方、または、受診予定のある方、健診日に資格喪失している方(東日本プラスチック健康保険組合の保険証をお持ちでない方)は受診できませんのでご注意ください。</p> <p>○ 特定健康診査には、各種がん検診は含まれておりませんので、お住まいの市区町村にお問い合わせください。</p> <p>○ 平成26年度と異なる医療機関で平成27年度特定健康診査を受診する場合は、前年度の特定健診結果通知書を必ず持参してください。</p>

[健康保険組合受付印]