

コード 東日本プラスチック  
13-572 健康保険組合

# 平成29年度 健康診断申込書

必要な範囲での個人情報の提供について同意のうえ申込みます。

平成 年 月 日

保険証 記号	事業所名	工場・ 支店名
所在地	〒	電話番号
		担当者名
▼上記と連絡先が別の場合(工場・支店等)は下記に連絡先を記入してください。		
所在地	〒	電話番号
		担当者名
医療機関 区分	1.東振協 契約医療機関      2.組合直接契約医療機関      3.その他の医療機関 (補助金請求)	
実施医療 機関名	コード(東振協のみ記入)	名称
健診区分	1.定期健診 (A1コース)      2.生活習慣病検査 (Bコース)      3.人間ドック	

健診区分ごと、保険証番号順にご記入ください。

保険証 記号	保険証 番号	フリガナ 受診者名	性別	続柄	生年月日	健診予定日	備考
			1.男	1.本人	昭和 平成 年 月 日	月 日( )	
			2.女	2.家族			
			1.男	1.本人	昭和 平成 年 月 日	月 日( )	
			2.女	2.家族			
			1.男	1.本人	昭和 平成 年 月 日	月 日( )	
			2.女	2.家族			
			1.男	1.本人	昭和 平成 年 月 日	月 日( )	
			2.女	2.家族			
			1.男	1.本人	昭和 平成 年 月 日	月 日( )	
			2.女	2.家族			
			1.男	1.本人	昭和 平成 年 月 日	月 日( )	
			2.女	2.家族			
			1.男	1.本人	昭和 平成 年 月 日	月 日( )	
			2.女	2.家族			

※裏面の注意事項も必ずお読みください。

「 健康保険組合受付印 」

● 注 意 事 項 ●

- ・健診日の2週間前までに健康保険組合保健事業課へ提出してください。受診前に申込書の提出がない場合は全額自己負担となる場合があります。
- ・「進興会 東プラ健診クリニック」(東プラ健保会館2階)で受診される場合は専用申込書(健診-1)にご記入ください。
- ・「進興クリニック」巡回車を希望される場合は予約申込書(健診-2)・受診者名簿(健診-3)にご記入ください。
- 「定期健診」は35歳未満(昭和58年4月1日以降に生まれた方)の被保険者が対象です。
- 「生活習慣病検査」「人間ドック(被扶養者は配偶者のみ)」は35歳以上(昭和58年3月31日以前に生まれた方)が対象です。
- オプション検査・婦人科検査(子宮・乳房検査 35歳以上の女性のみ)を希望される場合は予約時に実施医療機関にお知らせください。
- 健康保険組合からの補助は健診種別に関係なく年度内(4月から翌年3月)1回のみです。2回目以降は全額自己負担になります。

※受診者数が多い場合は、この申込書を表紙として、事業所が作成した名簿を添付しても結構です。