

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23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			印
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)	電話
(〒 -)	()

医療機関名	所在地	都道府県	市区町村
健診予定日	月 日 ()		

必要な範囲での個人情報の提供について同意の上申込みます。

★ 注 意 事 項 ★

- 平成23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)を受診又は受診予定のある方、健診日に資格喪失している方(東プラ健保組合の保険証をお持ちでない方)は受診出来ませんのでご注意ください。
- 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。
- 平成22年度と異なる医療機関で23年度特定健診を受診する場合は、前年度の「特定健診結果通知表」を必ず持参してください。

「 健保組合受付印 」