

①施設を利用する場合（75歳以下の被保険者）

発信元 FAX番号 _____

No. _____

生活習慣病健診利用者申込名簿

●太枠内のみご記入ください。振込予定日は、必ず記入するようお願いいたします。

事業所記号：		事業所名：		申込責任者：	
◎振込予定日 月 日 [名分 円]					

注1：受診日の2週間前までに申込名簿を提出し利用者負担金（1人当り2,500円）をお振込みください。

注2：平成生まれの受診者は、「利用者生年月日」欄の「昭」を「平」に変えて下さい。

連番	承認 月日	承認 番号	被保険者 番 号	被保険者氏名 (利用者氏名)	利用者 生年月日	利 用 年月日	健診機関名	備 考 (健診機関コード)
			10000	健保 太郎	昭 60.1.1 または 60/1/1	平 25.1.1 または 25/1/1	〇〇健診センター	
1					昭	平		
2					昭	平		
3					昭	平		
4					昭	平		
5					昭	平		
6					昭	平		
7					昭	平		
8					昭	平		
9					昭	平		
10					昭	平		

承認連絡書

平成 年 月 日

MBK 連合健康保険組合

御中

上記 申込みを承認いたしました。

なお、利用者負担金 _____ 円（2,500円× _____ 名）を 本状入手後、すみやかに
当組合指定口座へ振込みください。
入金確認後、利用通知書および領収書を発行いたします。

※上記記載の個人情報については事業の実施に必要な目的以外には利用いたしません。

以上