

生活習慣病健診(被扶養者) 利用申込書

【利用者記入欄】下記利用者記入欄を全てご記入下さい。

事業所名					
保険証 記号・番号	記号	自宅住所	〒 _____		
	番号		Tel () —		
フリガナ		性別	被保険者	生年月日	S 年 月 日
氏名		男・女			被扶養者
健診機関名				受診日	月 日 ()

- ☆ 健診補助は年度内に1回となっております。特定健診等を含む**他の健診と重複受診はできません**のでご注意ください。
- ☆ ホームページに掲載されている契約健診機関に直接予約をいれていただき、受診日が確定となりましたら速やかに事業所経由で利用申込書を提出してください。
- ☆ 申込後は、すみやかに利用者一部負担金を組合指定口座へお振込みください。
【利用者一部負担金 39歳以下 4,000円 ※40歳以上は無料です。】
- ☆ 受診日当日は、組合から発行される利用通知書を受付窓口へ必ず提出してください。

【個人情報の取扱いについて】 ホームページ等でも掲載しております。

- ・本申込書に記載された個人情報については、本件以外の目的には利用いたしません。
- ・取得した健診結果は当組合保健事業の実施に活用させて頂く場合がございます。
- ・個人情報の取扱いに同意いただけない場合は補助の利用ができない場合がございます。

上記について同意のうえ申し込いたします。

MBK連合健康保険組合 御中 平成 年 月 日

申込者氏名 _____

40歳以上の方は利用通知書を即日発行しますので、原則、承認連絡書のFAX返信はしません。

承認連絡書

平成 年 月 日

_____ 殿

上記 申込みを承認します。

本状入手後 3日以内に下記指定口座に**利用者一部負担金 4,000 円**の振込手続きをお願い致します。
入金確認後、利用通知書、領収書を送付します。

〔振込先〕
三井住友銀行 神田支店 普通 7870781

MBK連合健康保険組合
保健事業担当
〒101-0048 東京都千代田区神田司町2-8-1
TEL:03-5297-1713