

①契約外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：	
--------	--	-------	--	--------	--

注1：受診日の2週間前までに申込名簿を提出してください。

注2：平成生まれの受診者は、「利用者生年月日」欄の「昭」を「平」に変えて和暦でご入力ください。

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
入力例⇒			10000	健保 花子	昭 60.1.1 または 60/1/1	令 2.1.1 または 2/1/1	〇〇健診センター	
1					昭	令		契約外施設
2					昭	令		契約外施設
3					昭	令		契約外施設
4					昭	令		契約外施設
5					昭	令		契約外施設
6					昭	令		契約外施設
7					昭	令		契約外施設
8					昭	令		契約外施設
9					昭	令		契約外施設
10					昭	令		契約外施設

申込の注意事項

- ★ご自身または事業所のご担当者が受診施設を選び、直接予約を入れてください。
- ★予約をする際は、当組合指定の検査項目を実施できるか、見積もりを取得してください。
- ★当組合指定項目の他に、乳がん検査、前立腺検査（50歳以上）のオプション検査も補助対象となりますが、オプション検査の単体受診は補助対象となりません。
- ★契約外施設で申込された方は「利用通知書」が発行されません。
- ★健診費用は、立替払いとなります。

※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