

発信元 FAX 番号 \_\_\_\_\_

## 生活習慣病健診(任意継続被保険者) 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ください。

事業所名	任意継続被保険者				
保険証 記号・番号	記号	900	自宅住所	〒 .....	
	番号	.....		Tel(      )      —	
フリガナ		性別	被保険者	生	S
氏名		男 ・ 女		被扶養者	年
			日		H
健診 機関名				受診日	月      日 (      )

- ☆健診補助は年度内に1回となります。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施設に直接予約を入れていただき、受診日が確定しましたら速やかに利用申込書を提出してください。
- ☆申込後は、速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 7,000円】
- ☆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

年      月      日

申込者氏名

\_\_\_\_\_

### 承認連絡書

令和    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 \_\_\_\_\_ 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