

受診希望者 → 健保組合申込(FAX:03-5297-1715)

NO. _____

発信元 FAX 番号 _____

生活習慣病健診(任意継続被保険者・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ください。

事業所名					
被保険者等 記号・番号	記号	自宅住所 〒			
	番号		Tel		
フリガナ		性別	被保険者 被扶養者	生年月日	S H 年 月 日 年度内年齢(才)
氏名		男 女			
健診 機関名				受診日	月 日 ()

【個人情報の取扱いについて】 当組合ホームページに掲載しております。
 ・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、当組合ホームページにおける個人情報保護方針に沿い、保健事業の実施に活用させていただきます。

上記について同意のうえ申したいします。

MBK連合健康保険組合 御中

年 月 日

氏 名(署名)

《契約施設で受診される方》

- ☆ 当組合HPの「契約健診施設検索」から希望する受診先を選び、ご自身で予約を行ってください。
- ☆ 乳がん検査、前立腺検査(50歳以上)、胃カメラのオプション検査も補助対象となりますが、予約の際に申出がないと受診できない場合がありますのでご注意ください。
- ☆ 予約後、受診日2週間前までにこの利用申込書を提出してください。
- ☆ 受診日当日は、マイナ保険証等を持参の上ご受診ください。
- ☆ 当組合の契約施設をご利用の場合は利用者一部負担金を窓口でお支払ください。

【利用者負担金】 任意継続被保険者 34歳以下4,000円 35歳以上7,000円
 被扶養者 34歳以下4,000円 35歳以上 無料