

事業所担当者經由

(揭示板用)



昭和電線健康保険組合 行

婦人科健診利用申込書

B5用紙に印刷して提出ください

年 月 日提出

被保険者氏名	健康保険証 記号・番号	—	被保険者の 事業所名 職場(略称)	内線—						
《フリガナ》 受診者氏名		被保険者との続柄	生年月日	S H	年	月	日	年齢	歳	
《フリガナ》 受診者住所	〒(—)								TEL — —	
健診機関名	TEL — —			健 診 日	第1	年	月	日()	決 定 日	
					第2	年	月	日()	月 日	
					第3	年	月	日()	()曜日	

- 注 1、健診機関の予約は、受診者本人が行ってください。
- 2、オプションは本人負担となりますので、健診機関で精算を済ませてください。
- 3、受診資格者は、被保険者・被扶養配偶者で35歳以上の方です。
- 申込書に記載された個人情報、は、健診機関に提供することがあります。
- 保健指導・健康相談のため、健診結果を取得し事業主と共同利用することがあります。
- 共同利用の停止等を希望される場合は、健保組合までご連絡ください。

健 保 記 入 欄	
個人負担金	受領印
円	