

FAX:06-6266-3176

受診期間：10月1日～2月28日

大日本塗料健康保険組合 宛

令和 年度 特定健診申込書

会 社 名				
保険証の記号番号	記号		番号	
被 保 険 者 氏 名				
受 診 者 氏 名				
生 年 月 日	昭和	年	月	日 (歳)
現 住 所	〒 — 電 話 番 号 () —			
受 診 日	令和	年	月	日
医 療 機 関 名	医 療 機 関 名			
	予約時電話番号 () —			
	受付担当者氏名			

申込方法等注意事項について

- ① 特定健診契約医療機関リストより健診機関を選択し、ご自身でご予約ください。
「健保連 集合契約Aタイプによる特定健診を受けたい」旨を申し出てください。
※予約時に受診券整理番号が必要な場合は、先に申込書をFAX又は郵送ください。受診日に希望日をご記入いただければ受診券を発行いたしますので、その後改めてご予約ください。
- ② 申込書は余裕を持って受診日14日前までに健康保険組合必着でFAXまたは郵送ください。
(受診当日は、保険証と受診券が必要になります。)
- ③ 申込書を送付後、2週間経っても受診券が届かない場合は、お問い合わせください。
- ④ 今年度中の人間ドック健診との併受診は出来ません。
- ⑤ 検査結果については、保健事業に使用するため健康保険組合にて管理いたします。
(個人情報保護については、十分配慮致しますのでご了承下さい。)

<郵送先>

〒542-0081
大阪市中央区南船場1-18-11
SRビル長堀6階

常務理事	事務長	係