

(被扶養配偶者)契約健康診断申込書

事業所名称 神奈川県石油業協同組合

被保険者等記号—番号	フリガナ 受診者氏名	続柄	性別	生年月日	年度末年齢
—		配偶者	女	昭和 平成 年 月 日	
受診者住所					電話番号
〒					
健診機関				健診予約日	

健康診断を上記の通り申し込みます。

申込に当たっては、受診結果を神奈川県石油業健康保険組合が保管することについて同意いたします。

被保険者住所 〒

被保険者氏名

(受診者氏名)

注)1 医療機関へ電話等で予約後、健保組合へFAXしてください。

注)2 今年度末にて75歳になる方は、この申込書による契約健康診断は受診できませんが、「集合契約(A・B)による特定健診」を受診できます。

ご希望の方は、受診券が必要となりますので、お電話にてご連絡ください。(75歳の誕生日の前日までに受診を終えていただく必要があります。)

注)3 この健診結果は、受診者の今後の健診・治療及び保健師等による保健指導等(特定保健指導を含む)・健康相談を受けるとき並びに特定の個人が識別されない方法で統計・調査研究を実施するときに限り使われます。

神奈川県石油業健康保険組合

横浜市中区万代町3-5-3

FAX 045-641-2463