

(様式第1号)

キクチ健康保険組合 殿

年 月 日

任意継続被保険者・被扶養者 健診申込書

* もれなく記入して、キクチ健康保険組合 F A X してください。(番号0568-92-7469)

被保険者氏名		
被保険者番号		9 -
受診者	住 所 電話番号	〒 ー TEL () ー
	氏名(フリガナ)	
	生年月日	昭和 年 月 日
どの健診を受診しますか?		○をつけてください。 35歳以上の方が対象です。 半日人間ドック ・ 特定健診
希望医療機関		
希望検査日	第 1 希 望	月 日 ()
	第 2 希 望	月 日 ()
	第 3 希 望	月 日 ()
がん検査		がん検査希望の方は検査名に○をつけてください。 ※子宮がん検査 ※乳がん検査(マンモ) ※乳がん検査(超音波) ※P S A検査
備 考		
*健診データ等の個人情報は、産業医・保健師、健保連共同情報システム等により受診者の健康増進、相談、生活習慣病対策等のために利用することに同意します。 *健診データを特定保健指導対象者の抽出に利用することに同意します。		