

(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FAX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	〒 — TEL ( ) —		
	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				
<p>*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。</p> <p>*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。</p>				