

## 特定健診申込書

保 記 号	險 番 号	証 号	記 号	2000	番 号	00000				
事 業 所 名		任意継続被保険者(被扶養者)								
被 保 險 者 氏 名		〇〇 〇〇								
受 診 者	氏 名	フリガナ	〇〇〇 〇〇〇〇			続 柄				
			〇〇 〇〇			1. 本人 2. 家族				
	生 年 月 日	昭	和	〇〇	年	〇〇	月	〇〇	日	生
	住 所	〒 〇 〇 〇 - 〇 〇 〇 〇 〇〇県〇〇市〇〇1								
電 話 番 号	000 ( 000 ) 0000									
健 診 コ ー ス		特定健診(Eコース)								
希 望 健 診 機 関 名		〇〇〇〇			健 診 機 関 区 分	〇〇〇〇				
健 診 希 望 時 期		平成 〇〇 年 〇〇 月頃希望								

## 【個人情報の取り扱いについて】

申込書の記載事項及び健診結果については、以後の健診を円滑に実施するため及び健康管理・健康水準向上対策の活用のためのみ、組合及び健診機関において使用することとします。

被保険者氏名

〇〇 〇〇

印

倉庫業健康保険組合

受付印