家族健診利用申込書（被扶養配偶者専用）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 記　号・番　号 | 記号 |  | 番号 |  |
| 被保険者の氏名生　年　月　日性　　　　　別 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　昭和・平成　　　年　　　月　　　日　　　男　・　女 |
| 被保険者の住所 | 郵便番号　　　　　－　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 利用者の氏名生 年 月 日　　性　　　 別 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　昭和・平成　　　年　　　月　　　日　　　男　・　女 |
| 受診医療機関名 |  |
| 予　　約　　日 |  |
| 希望するものに○印を付けて下さい | 　胃部検診 ・大腸検診 ・乳がん検診 ・子宮がん検診 |

上記のとおり家族健診の利用を申し込みます。

なお、家族健診受診に当たり健康保険組合がデータ保存し、健康の保持増進に活用する

ことに同意します。

令和　　　年　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　北陸電気工事健康保険組合理事長殿

希望健診機関へご自身で直接予約し、申込書の予約日に決定日をご記入の上、

健康保険組合へ提出お願いします。　（FAX）０７６－４８１－６２９８

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（MAIL）info@hrdk-kenpo.jp

　※　人間ドックの申込の場合は、人間ドック利用申込書に記入して下さい。