

令和元年度 若年健診申込書 (事業主用)

若	事
---	---

※NO.64 河北総合病院と
NO.69 セラヴィ新橋クリニックは、
契約終了のため申込みできません。
NO.44 新川橋病院は男性のみ申込み可能

医療機関 NO.
医療機関名

◎事業所名
◎所在地 〒
◎TEL ()
◎連絡者名

つぎのとおり申し込みます。

<p>申込締切日 令和元年9月30日(月) 必着 <u>(FAX不可)</u></p>

※必ずご記入ください

事業所		フリガナ	生年月日	年齢	性別	都合の良い時期	都合の悪い時期	備考
記号	番号	氏名				(8月 ~ 11月)		
	事業主		平 年 月 日		男・女			
		住所〒				TEL		

- ◎申込書は健保組合に郵送して下さい。(FAX不可)
- ◎受検日に資格を喪失している場合は、補助対象となりませんのでご注意ください。
- ◎必ず実施期間内に受検して下さい。(8月~11月)
- ◎本人負担額の3,000円(税別)は、検査日当日医療機関の窓口でお支払い下さい。
- ◎医療機関の変更があった際には、必ず事前に健保組合に連絡して下さい。
(事前連絡がない場合、全額自己負担となります。)

<p>※当組合では健診事業遂行のために以下のことを行います。</p> <p>①健診委託機関へ申込者の情報を提供します</p> <p>②健診委託機関から受検者の健診データを収集し、当組合で管理いたします</p>
