

中央ラジオ・テレビ健康保険組合 業務委託先

株式会社 バリューHR 行

FAX 0172-31-3088

記入見本

*下記の申込書にご記入の上、「FAX」または「郵送」「メール」にて中央ラジオ・テレビ健康保険組合 業務委託先 (株)バリューHR カスタマーサービス までお申込みください。

※個人情報になりますので、ご自身で必ず宛先をご確認の上、送信をお願いいたします。

特定健診受診券の申込書

①受診予定日	令和〇〇年〇〇月〇〇日		
②健診機関名称 フリガナ	マルマルクリニック 〇〇クリニック(〇〇) 市区 町村		
③被保険者等記号・番号	記号	99	番号 9999
④氏名・続柄	健保 花子 (続柄 妻)		
⑤連絡先電話番号	日中連絡が取れる電話番号(携帯電話など) 03 - 9999 - 9999		
⑥受診券送付先住所	〒999-9999 〇〇都道府県	〇〇市 〇〇町村	〇〇町 99-99

【お申込み時の注意事項】※下記をご一読の上、ご了承いただける際には□をお願いします。

- ☑ ご自身で、健診機関を検索し、直接健診機関に予約をしてから健保にお申込みください。
※健診機関が検索できない場合等は、業務部 健康管理班(03-3527-5972)までご連絡ください。
- ☑ 同年度内、お一人1健診受診できます。「特定健康診査」「人間ドック」「巡回レディース健診(女性のみ)」のうち、1つを選択して受診してください。
- ☑ 特定健診のお申し込みを頂きました被扶養者の方(任継・特退を除く)については、重複受診を避けるため、会社へお申込みがあった旨をご連絡させていただきます。
- ☑ 受診券発行にお時間がかかるため、受診日は2週間以上先の日にちをご指定ください。
- ☑ 日中連絡が取れる連絡先、受診券送付先の住所を必ずご記入ください。
※お電話では本人確認ができないため、ご本人記載の届出が必要となります。ご注意ください。